



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**Performance organisationnelle et  
qualité de vie au travail : un enjeu  
pour le Directeur des Soins**

---

**Laetitia FAUQUEUR**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, et plus particulièrement :

Madame Mylène COULAUD, Directrice des soins, pour son écoute, sa disponibilité, ses encouragements et son accompagnement tout au long de ce travail de recherche, me facilitant l'avancée de ce mémoire.

Madame Isabelle MONNIER, Directrice de la filière des directeurs des soins nouvellement arrivée à l'EHESP, pour ses conseils, son soutien et sa réflexion lors des ateliers mémoire.

Monsieur Jean-René LEDOYEN, Directeur de la filière des directeurs des soins, pour sa gentillesse, ses conseils avisés et la confiance qu'il m'a accordée durant toute la formation.

Mes plus vifs remerciements à l'ensemble des personnes qui m'ont accordé du temps lors de nos échanges, pour la qualité de leurs discours et leur confiance.

Les professionnels hospitaliers, pour la richesse de leur propos et le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

Et un clin d'œil à ma famille et amis pour leur présence et attentions particulières durant cette année riche d'enseignements et de rencontres.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Cadre conceptuel .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La performance organisationnelle .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Concept polysémique à délimiter.....	5
1.1.2 Stratégie définie adaptée à son environnement .....	6
1.1.3 Mesure de la performance organisationnelle.....	8
1.1.4 Pilotage de la performance organisationnelle : leviers d'action innovants et expérientiels.....	9
<b>1.2 Le leadership : outil de performance collective .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Qu'entend-t-on par leadership ?.....	11
1.2.2 Dimensions du leader : posture, valeurs et intérêt .....	13
1.2.3 Adaptation du leadership : enjeu capital pour la réussite des projets de réorganisations .....	14
1.2.4 Leadership et conduite de changement : véritable processus d'engagement et d'empowerment .....	15
<b>1.3 Le bien-être au travail : vers une qualité de vie au travail reconnue.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Bien-être et QVT : de la perception à l'ère de la réglementation.....	17
1.3.2 Santé au travail : importance de la prévention des risques psycho-sociaux .	19
1.3.3 Mesure et promotion de la QVT : indicateurs et conditions de réussite .....	21
1.3.4 QVT et épanouissement professionnel : une valeur ajoutée pour une performance collective efficiente de l'organisation .....	22
<b>1.4 Synthèse de la première partie.....</b>	<b>23</b>
<b>2 Enquête de terrain : méthodologie de recherche et analyse .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Le cadre de l'enquête .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 La démarche d'investigation .....	25
2.1.2 Le choix des établissements et des personnes interviewées .....	26
2.1.3 Les limites de l'enquête .....	27
2.1.4 Les points forts de l'enquête.....	27

<b>2.2</b>	<b>L'analyse des résultats : point de vue des professionnels de santé .....</b>	<b>28</b>
2.2.1	Contexte hospitalier sous tension, en pleine mouvance organisationnelle ...	29
2.2.2	Projets de réorganisation : difficultés et leviers de réussite .....	32
2.2.3	Vécu et attentes des professionnels de santé .....	35
2.2.4	Principes clés mis en évidence.....	38
<b>2.3</b>	<b>La confrontation de l'analyse aux hypothèses.....</b>	<b>40</b>
<b>3</b>	<b>Le Directeur des soins dans un rôle d'accompagnement des projets de réorganisation .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Enjeu institutionnel : concilier performance organisationnelle et QVT .....</b>	<b>43</b>
3.1.1	Nécessité d'une politique institutionnelle partagée .....	43
3.1.2	Implication recommandée des ressources humaines dans tout projet de réorganisation .....	44
3.1.3	Prévenir les risques psycho-sociaux par la co-construction d'une démarche de QVT .....	45
<b>3.2</b>	<b>Stratégie et posture managériale de la fonction.....</b>	<b>46</b>
3.2.1	Accompagner l'encadrement : place et collaboration déterminante .....	47
3.2.2	Engager les cadres dans une démarche de QVT.....	48
3.2.3	Identifier les cadres, leader de performance organisationnelle et de bien-être au travail .....	49
<b>3.3</b>	<b>Performance organisationnelle et QVT : une dynamique à promouvoir ....</b>	<b>50</b>
3.3.1	Analyser, mesurer et porter les organisations performantes .....	50
3.3.2	Partager et valoriser les réussites .....	51
3.3.3	Donner du sens et rendre pérenne une méthodologie gagnante .....	52
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ANACT</b>	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance
<b>ANI</b>	Accord National Interprofessionnel
<b>ARACT</b>	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Établissement
<b>CNAM</b>	Conservatoire National des Arts et Métiers
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DRH</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>EHESP</b>	École des Hautes Études en Santé Publique
<b>ETP</b>	Équivalent Temps Plein
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital Patient Santé Territoires
<b>INRS</b>	Institut National de Recherche et de Sécurité
<b>MCO</b>	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PACTE</b>	Programme d'Amélioration Continu du Travail en Équipe
<b>QVT</b>	Qualité de Vie au Travail
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RPS</b>	Risques Psycho-Sociaux

## Introduction

L'hôpital est une institution sanitaire en mouvance permanente depuis des décennies. L'impact culturel évoqué dans l'histoire de l'hôpital a eu des répercussions sur le travail soignant, les relations entre professionnels de santé et celles du soignant-soigné. Les différents changements et organisations mis en place ont eu des conséquences certaines dans les prises en charge du patient et de son environnement. Les pouvoirs publics n'ont eu de cesse d'impulser des changements organisationnels dans un souci d'amélioration du système de santé mais aussi d'économie aussi bien dans le secteur intra-hospitalier qu'extra-hospitalier.

Le directeur des soins (DS) a pour mission principale de coordonner les organisations hospitalières, de les rendre plus efficaces dans un environnement plus exigeant tout en veillant à la qualité et à la sécurité des soins. Les changements rapides ne laissent pas toujours aux professionnels le temps de s'adapter, de porter les projets et d'amener du sens à leurs actions. Un certain mal-être est ressenti dans les hôpitaux. Les réformes telles que l'ordonnance du plan JUPPÉ à travers l'accréditation des hôpitaux, la mise en place des pôles dès 2005, le plan hôpital 2007 avec la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité, la loi n°2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, le plan hôpital 2012 permettant de nombreux investissements, et dernièrement la loi de modernisation de notre système de santé avec la mise en place des Groupements hospitaliers de Territoire (GHT), contribuent à transformer en profondeur les organisations. La recherche d'efficacité des établissements sanitaires et médico-sociaux en termes de réorganisations, de productivité, de qualité des soins, de maîtrise des coûts ou encore de développement des compétences et d'adaptation des professionnels sont donc des constantes aujourd'hui. Le DS est confronté à toutes ces problématiques de terrain. Les cadres de santé, les soignants doivent s'adapter à cet environnement systémique en perpétuelles mutations en changeant leurs organisations. Ils doivent accompagner les équipes et faire face à une culture du changement. Ils contribuent aussi à l'amélioration de la qualité des soins, en préservant la relation soignant-soigné et en veillant à laisser le patient au cœur du système de santé.

La performance organisationnelle, ses attendus, au regard des enjeux institutionnels sont donc incontournables dans notre environnement d'offre de soins sur un plus large territoire. Dans un secteur où l'humain a une place très importante, les impacts directs ou indirects de ces nouvelles organisations ne sont pas toujours bien vécus par les professionnels de santé. De par mon expérience en tant que cadre et cadre supérieur de santé, j'ai pu mener des projets de réorganisations importantes au sein de pôles tels que

*Laetitia FAUQUEUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017*

mutualiser des équipes soignantes sur plusieurs services de chirurgie, créer une équipe commune d'agents de service hospitalier sur neuf unités de soins ou encore réorganiser un bloc opératoire de quatorze salles d'intervention. Toutes ces recherches de performances organisationnelles, au départ imposées par la direction, m'ont permis d'évoluer dans mes conceptions, d'apprendre à saisir les opportunités et à m'intéresser au travail des soignants. C'est en quelque sorte, s'adapter avec une certaine forme d'intelligence collective face à un « nouvel » environnement à construire afin de ne pas en quelque sorte « subir » les organisations. C'est surtout continuer à travailler avec des valeurs communes positives. Dans tout projet, les ressources humaines (RH) sont le vecteur essentiel de l'avancée ou non d'un projet. J'ai donc pu observer l'impact de réorganisations sur la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels en donnant davantage de sens, de cohérence et en m'intéressant à leur travail en ayant comme objectif principal l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, valeur soignante incontournable dans tout projet de réorganisation. Il me semble essentiel aujourd'hui de prendre de la distance et de faire les liens avec les mises en œuvre opérationnelles constatées, la méthodologie utilisée ou la démarche entreprise auprès des différents acteurs concernés. L'objectif est de comprendre et d'analyser les liens existants entre la performance organisationnelle obtenue et l'intérêt porté aux agents en termes de conditions et de bien-être au travail.

Au regard du constat de mal être, de « burn-out » ou dernièrement de suicides au travail de plus en plus mis en avant par les médias dans le milieu de la santé, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la Haute Autorité de Santé (HAS), le ministère de la santé ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous incitent à prendre en compte la QVT dans nos différentes organisations en termes de prévention pour la santé des professionnels. Le malaise professionnel est souvent dû à des organisations de travail plus complexes, pas toujours repensées ou adaptées à l'environnement de travail. Les relations au travail et l'ambiance se détériorent. Certaines organisations n'ont effectivement pas évolué dans leur environnement. Un climat de tensions est induit et un taux d'absentéisme ne s'améliore pas voire s'accroît. De même, il peut arriver qu'un certain isolement des agents se crée ou encore une dégradation des relations humaines et autres partenariats de travail. Ces facteurs peuvent avoir une incidence non négligeable dans la prise en charge de qualité du patient et générer une certaine insatisfaction des professionnels de santé.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de ce phénomène. Les partenaires sociaux ont certainement contribué à ces avancées. Des accords locaux sont effectivement signés. Un bilan social est obligatoire dans les établissements de santé mis en place en 2015. Il permet entre autre une évaluation des conditions de travail, des relations professionnelles et de l'existence d'un dialogue social au sein de l'établissement de santé. L'accord

interprofessionnel du 19 juin 2013 « *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* » et dernièrement la « *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé* » mise en place par Marisol TOURAINE en décembre 2016, permettent ces évolutions et une mise en œuvre progressive d'un processus d'amélioration des conditions de travail des professionnels. Les agents ont en effet besoin de ce dialogue social mais aussi de retrouver leurs valeurs professionnelles. Dans son discours, la ministre a pris le temps d'expliquer toute l'importance de « *prendre soin de ceux qui nous soignent* ».

Ainsi, après quelques entretiens exploratoires effectués, force est de constater que certaines organisations ont permis d'améliorer les conditions de travail des agents alors que d'autres au contraire ont généré des tensions, de l'angoisse et un sentiment de perte de bien-être jusqu'à une désorganisation des unités de soins. Le patient, au cœur de ces prises en charge, n'est pas toujours satisfait et subit les conséquences directes de ces désorganisations.

Le DS a-t-il la possibilité de saisir ces opportunités de changements organisationnels à réaliser au sein de l'hôpital pour favoriser un certain bien-être au travail des professionnels paramédicaux dans le même temps ? Je pense que le rôle et l'une des missions principales du DS est de rendre efficiente les organisations et d'accompagner le changement culturel attendu selon le contexte hospitalier. Il peut apporter du sens et de la cohérence de par ses expériences, ses ressources et ses compétences. Ce travail de recherche va m'aider à prendre de la distance avec ma future fonction et me permettre de connaître l'intérêt et les opportunités de repenser les organisations au profit non seulement du patient mais aussi pour le bien-être des équipes soignantes. C'est pourquoi je m'interroge sur la problématique suivante :

**« En quoi le Directeur des soins, en accompagnant la performance organisationnelle auprès de l'encadrement, peut-il contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels ? ».**

Dans le cadre du travail de recherche, avant d'effectuer et de développer la méthodologie utilisée, j'ai souhaité dans une première partie développer le cadre conceptuel de ce qu'est la performance organisationnelle, la stratégie adaptée à son environnement, sa mesure et les leviers d'action innovants et expérientiels permettant le pilotage de celle-ci. Puis le concept du leadership, outil de performance collective, nous permet d'aborder les dimensions du leader en termes de posture, de valeurs et d'intérêt à développer pour mener une dynamique de projet objective, réflexive auprès des équipes soignantes. Ainsi, nous

verrons la nécessaire adaptation du leadership selon le contexte et l'environnement de travail, comme enjeu capital pour la réussite des projets de réorganisations. Ensuite, au regard du thème de la recherche, la notion de bien-être au travail, vers une QVT reconnue, oriente sur l'évolution et la connaissance de la réglementation, l'importance d'engager une politique de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et la mesure et la promotion de la QVT comme une véritable valeur ajoutée d'une performance collective efficiente de l'organisation.

La deuxième partie, l'enquête de terrain, permet ensuite de situer le cadre de l'enquête avec la description de la démarche d'investigation, le choix des établissements et des personnes interviewées en expliquant les limites de l'enquête ainsi que les points forts de la recherche sur le terrain. Puis, l'analyse des résultats obtenus auprès des professionnels de santé met en avant le contexte hospitalier, en pleine mouvance organisationnelle, les difficultés et les facteurs de réussite nécessaires à la mise en œuvre de projets de réorganisation ainsi que le vécu et les attentes des professionnels permettant de définir des principes clés de mise en œuvre de projets organisationnels aboutis avec succès. L'analyse est ensuite complétée par la confrontation avec les hypothèses de départ afin de déduire des axes d'orientations et nous aider à répondre à la problématique de départ.

La troisième partie nous permet ainsi de mettre en évidence des préconisations pour le DS. C'est effectivement un véritable enjeu institutionnel de concilier la performance organisationnelle et la QVT avec la nécessité d'une politique institutionnelle partagée, une implication indispensable des acteurs de terrain et la prévention des RPS grâce à la co-construction d'une démarche de QVT. Nous verrons qu'une stratégie et une certaine posture managériale de la fonction est recommandée auprès de l'encadrement de proximité afin de les accompagner et de les aider à anticiper et à préparer une gestion efficiente des RH. De même, l'essentiel est d'engager les cadres de santé dans une démarche de QVT pour une réussite collective. Le DS pourra ainsi faire la promotion de cette dynamique positive en analysant, mesurant et en portant les organisations performantes auprès de l'encadrement. Cela passe par le partage, la reconnaissance et la valorisation des réussites afin de redonner du sens au travail et ainsi rendre pérenne une méthodologie gagnante.

Débutons tout d'abord la première partie par le développement des concepts, nécessaires à la compréhension et à la délimitation du thème de l'étude afin de mieux appréhender l'enquête de terrain et ainsi faire une analyse plus fine des données recueillies par la suite.

# 1 Cadre conceptuel

Avant d'effectuer l'enquête de terrain, nous allons approfondir la notion de « **performance organisationnelle** », qui permettra de mesurer l'importance des réorganisations hospitalières pour répondre aux demandes et contraintes institutionnelles d'un établissement de santé. Puis, nous développerons la notion de « **leadership** » qui influe sur la motivation et surtout l'engagement des « hommes » au travail et le concept de « **qualité de vie au travail** », à prendre en compte dans les nouvelles organisations de travail.

## 1.1 La performance organisationnelle

Préciser le terme de performance organisationnelle nous semble fondamental pour bien comprendre les différents sens donnés et en limiter son périmètre. Pour reprendre une citation de Nicolas BOILEAU : « *Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement* »<sup>1</sup>. Nous verrons qu'il s'agit d'une véritable stratégie collective à impulser, adaptée à l'environnement de travail. Nous détaillerons ensuite la nécessité de la mesurer et développerons ainsi les leviers d'action innovants et expérientiels indispensables à son efficience.

### 1.1.1 Concept polysémique à délimiter

Le mot « performance » est souvent employé, considéré comme une obligation aujourd'hui. « *Il est utilisé à propos des individus, des organisations humaines, des machines* »<sup>2</sup>. Nous retrouvons le terme dans différents domaines tels que le sport, la technologie ou « *pour caractériser une entreprise, une administration, un établissement de santé, une organisation d'êtres humains* »<sup>3</sup>. La diversité des situations et de la fonctionnalité recherchée selon les objectifs à atteindre confirment la polysémie du terme. « *L'étymologie du mot performance est « parformer », mot d'ancien français du XIII<sup>e</sup> siècle signifiant « accomplir, exécuter » (...). C'est aussi le sens du terme « performance » qui apparaît en anglais au XV<sup>e</sup> siècle et conduira en français, avec la même orthographe* »<sup>4</sup>. Trois acceptions de la performance ont été relevées. Il s'agit de la performance comme réalisation des activités définies, comme mesure ou évaluation d'un résultat atteint et comme jugement, résultant d'une évaluation réussie avec succès.

Pour clarifier la performance organisationnelle, Philippe GRANDJEAN, expose des niveaux de performance tels que l'environnement, l'organisation et la performance productive : « *il y a une performance organisationnelle qui consiste à mobiliser de façon pertinente des acteurs professionnels distincts, des moyens techniques, des locaux, des*

---

<sup>1</sup> BOILEAU-DESPRÉAUX, N, *Recueil Art Poétique*, Chants 1, 1674, dicocitations.lemonde.fr.

<sup>2</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Éditions Dunod, Malakoff, 2015, p.10.

<sup>3</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *Ibid.*, p.10.

<sup>4</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *Ibid.*, p.12.

*compétences, au bon moment, au bénéfice d'objectifs* »<sup>5</sup>. C'est un processus global qualitatif qui nécessite des enchaînements pensés, maîtrisés et anticipés selon l'environnement mis à sa disposition. Optimiser le parcours du patient, c'est mettre le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment, avec les bons moyens. Cette notion de « qualité-perçue » par le patient lui-même sera un indicateur global de performance des organisations.

C'est surtout la tarification à l'activité (T2A) des établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) progressive dès 2005 qui a fait prendre conscience de l'importance d'équilibrer les comptes publics et de participer à la performance économique donc à la maîtrise des coûts. Une réflexion plus large s'est donc effectuée dans les établissements sur les différentes activités à regrouper et à développer. Des stratégies sont ainsi mises en œuvre afin de pouvoir répondre aux enjeux économiques en termes de réduction des coûts, de gains de productivité, de diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) ou encore par d'autres modes de prises en charge des patients tel que l'ambulatoire. De même, la loi HPST du 21 juillet 2009, en renforçant les pouvoirs des directeurs d'établissements, a permis de consolider cette culture de résultats auprès du corps médical. La certification des établissements a su progressivement installer évaluations et résultats des établissements hospitaliers à l'aide de mise en place d'indicateurs de performance. Les diverses évaluations de la qualité de prise en charge du parcours patient contribuent à instaurer une dynamique de changements dans les organisations et permet une production de soins plus performante. De plus, rendre les résultats publics anime les directions et les professionnels à rechercher une certaine performance au sein d'un secteur de plus en plus concurrentiel. Les organisations ont donc été adaptées au nouveau contexte hospitalier.

Une organisation est dite performante si elle est efficace et atteint les objectifs qu'elle s'est fixée au départ. La réorganisation du tissu hospitalier demande une certaine lisibilité des projets à mener et des collaborations présentes sur le terrain. Au regard de ses différentes dimensions et notions complexes, la performance organisationnelle sera considérée en fonction du contexte environnemental. Il est donc essentiel de mener une stratégie adaptée aux situations, aux évolutions technologiques, sociales, structurelles selon les exigences de la performance organisationnelle souhaitée.

### **1.1.2 Stratégie définie adaptée à son environnement**

Au regard du contexte médico-économique actuel et de l'évolution du système de santé français, l'hôpital doit être plus performant et continuer d'assurer ses missions de service public. Tout changement passe par de nouvelles organisations. Mettre en place une stratégie, c'est créer les conditions favorables permettant à la structure de se réorganiser

---

<sup>5</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *op. cit.*, p.26.

selon une vision stratégique partagée à tous les niveaux de l'Institution. C'est donc décider des orientations et des politiques à engendrer pour rendre cohérentes et efficaces les nouvelles organisations. « *La stratégie fait référence à un ensemble d'objectifs et d'orientations claires et en nombre limité afin de satisfaire les besoins des parties prenantes de l'organisation* »<sup>6</sup>. Le directeur, le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le DS décident conjointement de la politique à adopter dans les organisations concernant l'amélioration de la prise en charge de qualité et de sécurité des soins. Ils partagent une stratégie commune et participent au management de la performance organisationnelle dans leur fonction. Une certaine cohérence est attendue dans la stratégie à mener par étapes, stratégie à présenter aux instances institutionnelles pour assurer sa communication et sa mise en œuvre dans un environnement appréhendé.

Dans les réorganisations à mettre en œuvre, au regard du contexte ou des résistances au changement, il est essentiel de partager une culture commune et de donner l'envie aux acteurs de s'inscrire dans une autre dynamique dans le but de faire accepter le modèle organisationnel qui doit rester flexible et ouvert aux propositions. Afin de suivre le projet, de réajuster et de valoriser le travail accompli, il est essentiel de s'équiper de mesures communes, de faire avancer la stratégie et de continuer de motiver les équipes professionnelles. La durabilité de la dynamique de départ est un élément clé dans le suivi des indicateurs et s'avère très souvent gagnante. Parfois, il est nécessaire d'impulser une comparaison constructive et objective entre les différentes unités afin de rester dans une certaine émulation médico-soignante.

L'équilibre structurel a globalement sa limite de performance selon l'environnement contextuel. L'engagement au sein d'une stratégie collective, réfléchi, est nécessaire pour l'orientation des décisions de pilotage de la performance organisationnelle. Cet engagement ne pourra se faire qu'avec une qualité relationnelle construite et bilatérale entre acteurs en sachant que « *la qualité de la relation passe par la volonté réelle de communiquer c'est-à-dire d'écouter l'autre, de respecter son opinion et d'échanger sur la base d'une relation gagnant-gagnant* »<sup>7</sup>. La stratégie passe aussi par la mise en place d'un dialogue réussi entre les acteurs concernés, la Direction, l'encadrement et les agents ainsi que par des échanges respectueux, calmes, justes, équilibrés et faits d'empathie. C'est aussi ce qui permet à l'organisation de performer. Penser et repenser les organisations, certes en termes de moyens mais aussi en termes de RH, sont des facteurs déterminants de la mise en œuvre d'organisations efficaces. Les RH « *font la richesse, la réactivité et le dynamisme*

---

<sup>6</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *op. cit.*, p.42.

<sup>7</sup> BENOÎT, C, *Manager un établissement de santé : la logique au service de l'humain*, Éditions Gereso, Le Mans, 2012, p.130.

de l'établissement à la condition de favoriser le travail en synergie »<sup>8</sup>, ce qui implique de réfléchir au contexte environnant, aux besoins en effectifs, aux maquettes organisationnelles, aux renforts à anticiper selon l'activité, les variations saisonnières, les causes d'absentéisme et selon la flexibilité de remplacements transversaux possibles.

Il est important d'anticiper une stratégie commune nécessaire à la vision de l'établissement, de veiller à l'atteinte des objectifs fixés et d'évaluer les résultats par la mesure de la performance des organisations. Selon Sir William THOMSON KELVIN, physicien britannique du 19<sup>ème</sup> siècle : « *ce qui ne peut se mesurer, ne peut s'améliorer* »<sup>9</sup>.

### 1.1.3 Mesure de la performance organisationnelle

La mesure de la performance organisationnelle est donc essentielle si nous voulons l'améliorer, l'ajuster, la performer. Elle est en effet observable, quantifiable et permet assez vite de faire un bilan de l'enchaînement des activités, des programmations... grâce à la mise en place d'indicateurs de performance. Nous pouvons nous aider d'indicateurs tels que les temps d'attente de prise en charge du patient, la DMS, le nombre d'entrées... Mesurer les résultats obtenus, les comparer, observer les ressources utilisées pour que l'organisation soit jugée performante, sont des points de l'organisation à mettre en évidence et à partager, analyser et ajuster avec les personnels engagés dans le projet. « *La mesure est une condition de la connaissance des résultats, de leur pilotage et de la prise de décision, qui engage le futur* »<sup>10</sup>. Toutefois la performance qualitative ou celle en lien avec le comportement des professionnels n'est pas toujours quantifiable. Par exemple, pour mesurer la motivation des personnels, nous nous appuyons davantage sur des éléments de « non-performance » tel que le taux d'absentéisme.

Les indicateurs de performance, en rapport avec l'activité d'un établissement, sont regroupés dans un tableau de bord de gestion. La performance va se mesurer à l'aide d'indicateurs précis, déterminés au départ du projet qui pourront évoluer selon l'adhésion des professionnels de terrain. En ce qui concerne la performance organisationnelle, elle correspond davantage à ce qui est « visible » : « *Comment dire d'une organisation qu'elle est performante si elle ne donne pas à voir ce qu'elle réalise ?* »<sup>11</sup>. Un indicateur de performance organisationnelle est « *un outil de mesure ou un critère d'appréciation d'une organisation* »<sup>12</sup>. Il précise le travail coordonné, réussi par rapport à des objectifs fixés de l'organisation mise en place. C'est aussi un outil d'aide à la décision lors de l'ajustement des

---

<sup>8</sup> BENOÎT, C, *Ibid.*, p.58.

<sup>9</sup> *Pensées et citations sur la qualité et le management*, bazin-conseil.fr/pensees.html.

<sup>10</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *op. cit.*, p.7.

<sup>11</sup> FERMON, B, GRANDJEAN, P, *op. cit.*, p.13.

<sup>12</sup> [https://fr.wikipedia.org > wiki > Indicateurs de performance organisationnelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Indicateurs_de_performance_organisationnelle)

actions à entreprendre pour continuer d'atteindre les objectifs fixés de l'organisation choisie. De plus, la performance se mesure dans le temps. Une organisation devient efficace et efficiente dans sa durabilité par son adaptation dynamique aux différentes contraintes environnementales selon les ressources mises à disposition. Il ne suffit pas en effet de mesurer les résultats, il faut aussi en assurer un suivi régulier et vérifier qu'ils correspondent aux objectifs plus ou moins évolutifs selon les critères attendus.

Des outils de référence sont proposés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et la Haute Autorité de Santé (HAS) sous forme de guides de soutien, de fiches pratiques et de synthèse, d'indicateurs de performance. L'ANAP et la HAS ont pu mesurer leur pertinence sur le terrain et évaluer les résultats. Ils proposent ainsi des indicateurs organisationnels précis, quantifiables selon la spécialité concernée. La performance organisationnelle n'est pas la même selon l'unité de soins engagée. Les indicateurs de bloc opératoire ne seront pas ceux de la chirurgie ambulatoire ou d'un service de médecine. Les attentes et les objectifs sont différents. C'est pourquoi il est important de bien définir le cadre organisationnel performant recherché.

La mesure de la performance organisationnelle ne pourra être opérationnelle qu'en présence d'un pilotage adapté, rigoureux et stratégique.

#### **1.1.4 Pilotage de la performance organisationnelle : leviers d'action innovants et expérientiels**

Le pilotage des organisations nécessite, au regard du contexte dans lequel on se trouve, de se fixer les objectifs et résultats attendus évolutifs et durables. Une organisation peut être juste efficace et atteindre ses buts ou dite efficace en utilisant le mieux possible les ressources mises à sa disposition pour atteindre les objectifs définis. Savoir ajuster les moyens selon l'activité et assurer un équilibre financier font partis de l'efficace recherchée dans les organisations à repenser. Piloter en donnant du sens à nos actions est plus que nécessaire dans des contextes difficiles. Chantal de SINGLY résume de façon pertinente l'enjeu de soigner toute organisation dans un environnement difficile : « *L'hôpital étant une « entreprise », une institution, qui a cette particularité que l'humain y travaille l'humain, la question du sens pour cette humanité agie et agissante est posée en permanence* »<sup>13</sup>.

L'appropriation par les professionnels de santé à travers la réflexion sur leurs pratiques est un véritable levier de réussite opérationnelle qui permet de mobiliser les personnes autour d'un projet innovant. L'adhésion des agents est essentielle dans ces

---

<sup>13</sup> SINGLY, C de, *Le « soin » juste sous contrainte économique à l'hôpital*, in HIRSCH, E, *Éthique, médecine et société*, Paris, Éditions Vuibert, 2007, p.314.  
Laetitia FAUQUEUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

phases de changements. Le management par projet est en effet « *un outil et un vecteur de changement, non seulement de l'organisation mais également du management (...). Les savoirs individuels et collectifs progressent, la motivation individuelle revit en délaissant la routine, les personnes se sentent investies d'une mission et s'enrichissent de nouveaux contacts humains en vue d'atteindre un objectif commun* »<sup>14</sup>. Grâce aux indicateurs définis, communiqués régulièrement en toute transparence, la marge de progression va pouvoir être discutée et réajustée en équipe. Elle demande un pilotage des différents acteurs, un partage des valeurs et une culture commune de travail créant ainsi leur identité et leur détermination à atteindre les buts fixés, déclinés progressivement à tous les niveaux du pilotage. L'objectif est de permettre une organisation fluide, efficiente en termes de qualité et de coûts.

Piloter les organisations demande à l'encadrement de la communication et de la formation. L'implication des professionnels cadres, riches de leurs expériences, va permettre un suivi des avancées des nouvelles organisations, une réévaluation plus rapide et une sensibilisation active du personnel sur les changements à engager. Les propositions faites par les agents de terrain sont des actions souvent innovantes qui méritent d'être regardées, testées après avoir été exposées aux équipes. Objectiver les évaluations régulièrement améliore en effet la confiance et la transparence des décisions prises. « *Le pilotage nous permet de suivre la réalisation des différentes actions entreprises (...), de mesurer l'état d'adhésion et de participation des utilisateurs mais également d'évaluer les risques du projet aux différentes phases* »<sup>15</sup>. Le suivi de la planification, des actions réalisées ou à venir demande un certain ordonnancement des étapes du projet à mettre en œuvre. Les échanges informels et les expériences vécues seront de bons leviers de réussite à partager pour conduire les changements attendus dans les meilleures conditions de travail possibles.

Aujourd'hui, nous parlons davantage de « changement agile » plutôt que de conduite de changement. Les récents travaux de David AUTISSIER et de Jean-Michel MOUTOT ont démontré une saturation du changement. Ils proposent davantage de développer l'appropriation du changement par une phase « définir », réalisée en amont du projet, puis une phase « expérimenter » et une phase « ancrer » s'assurant d'une stratégie suivie à plus long terme. L'expérimentation permet d'engager les professionnels de terrain dans une dynamique positive de travail. La coopération des agents est indispensable dans ce mode de management. Il entraîne en quelque sorte la co-construction du changement. Pour reprendre les propos des auteurs : « *il nous paraît important de parler de changement*

---

<sup>14</sup> BENOÎT, C, *op. cit.*, p.85.

<sup>15</sup> AUTISSIER, D, MOUTOT, J-M, *Méthode de conduite du changement, diagnostic, accompagnement, performance*, Éditions Dunod, Malakoff, 2016, p.237.

*agile pour signifier toutes les actions de gestion des parties prenantes afin que ces dernières réalisent le changement de manière rapide et durable en co-construisant »<sup>16</sup>.*

Préparer les nouvelles réorganisations demande à la Direction d'anticiper l'avenir, de repérer les talents nécessaires pour mobiliser les acteurs en interne en faisant appel à leurs compétences et à leur capacité à conduire le changement. Favoriser les initiatives, donner l'envie aux différents acteurs de s'impliquer dans le projet ou encore redonner la confiance attendue seront des plus-values pour le manager doté d'un potentiel leadership, vecteur de performance et de réussite collective.

## **1.2 Le leadership : outil de performance collective**

Il est essentiel de définir le leadership puis de le relier aux dimensions indissociables du leader en termes de posture émergente et de valeurs propres partagées. Nous verrons ensuite qu'adapter son leadership contribue à la réussite des projets de réorganisation et permet aux professionnels d'évoluer vers des changements pertinents attendus.

### **1.2.1 Qu'entend-t-on par leadership ?**

La notion de leadership est associée au management. Au regard des évolutions attendues de performance, de qualité, de productivité et d'efficience, ce concept est de plus en plus étudié et observé dans nos sociétés. En effet, *« le leadership peut être défini comme un processus d'orientation et influence décisifs d'une personne sur l'action d'un groupe humain en vue de mettre une politique et d'atteindre un certain nombre d'objectifs plus ou moins précis »<sup>17</sup>*. Le leadership ne pourra se mettre en place auprès du leader que s'il a une capacité de vision et d'animation dynamique : *« Ce processus complexe se manifeste à travers la capacité de mobilisation et de fédération d'individus et/ou de groupes autour d'une action collective »<sup>18</sup>*.

Dans un contexte parfois difficile et complexe, le leadership est donc un moyen d'impliquer des équipes responsables, de leur faire prendre conscience de leurs valeurs au travail et de faire advenir des organisations performantes. Le leadership nécessite une certaine compréhension et interaction avec les personnes : *« Ainsi le leadership n'est pas d'abord un travail sur ces facultés personnelles mais bien sur la compréhension et l'intelligence du milieu social dans lequel il opère »<sup>19</sup>*.

---

<sup>16</sup> AUTISSIER, D, MOUTOT, J-M, *Ibid.*, p.304.

<sup>17</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *Le leadership, recherches et pratiques*, Éditions Magnard et Vuibert, Paris, avril 2016, p. 7.

<sup>18</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *Ibid.*, p.7.

<sup>19</sup> THÉVENET, M, *Le leadership controversé*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *Réinventer le leadership*, Collection Académie des Sciences du Management de Paris, Éditions Management et Société, Caen, 2017, p.53.

Pour Jean-Michel PLANE, Professeur agrégé des universités, ayant effectué des recherches en sciences des organisations en lien avec le leadership, il existe deux types de leadership : celui de droit et celui de fait. Le premier crée les liens hiérarchiques « employé-patron » et donc un rapport d'autorité et de possibles sanctions, induit par un contrat de travail. Le second est davantage lié à la personnalité du leader et à son influence selon ses qualités relationnelles et son projet, lui donnant une certaine attractivité et réalisation d'une performance organisationnelle durable.

Au cours de nos lectures, nous nous sommes arrêtés sur le renouveau du **leadership charismatique** afin de savoir si le charisme est nécessaire dans ces situations de performance ou s'il peut être **transformationnel** permettant d'atteindre les résultats souhaités. Avoir du charisme, c'est avoir une certaine aura qui influe sur la conduite des équipes vers un objectif commun. Max WEBER a défini le charisme en 1922 comme « *la qualité extraordinaire d'un personnage doué de forces ou de caractères surnaturels ou surhumains* »<sup>20</sup>, ce qui attribue en quelque sorte des compétences au leader au-delà du commun, comme celles d'être **visionnaire**, de savoir prendre des risques, d'être **positif**, d'avoir une certaine sensibilité environnementale adaptée aux besoins des personnes qu'il encadre et doté d'une flexibilité d'adaptation non conformiste. « *De façon générale, les études convergent aussi vers l'idée que le leader développe une vision séduisante, donne de l'ambition et réussit à convaincre les collaborateurs des chances de succès de la stratégie à suivre* »<sup>21</sup>. J-M PLANE nous explique ainsi qu'il existe une corrélation entre le leadership charismatique, l'efficacité des résultats obtenus et la satisfaction des personnels dans leur travail. C'est donc un moyen, une aide pour obtenir plus d'effort collectif partagé.

Des études plus récentes s'orientent davantage vers le leadership transformationnel, qui demande au leader à la fois d'avoir du charisme, d'être visionnaire et d'amener les agents à dépasser leur intérêt personnel pour l'intérêt d'autrui, à encourager les personnes à penser différemment en exerçant une influence profonde et durable. Bernard BASS, Professeur émérite de l'École de gestion de l'Université de Binghamton, décrit quatre aspects du leadership transformationnel : le charisme et l'influence idéalisée, l'inspiration, la stimulation intellectuelle et la considération individualisée. Il permet ainsi de susciter la confiance nécessaire, le respect, la motivation au travail ainsi qu'une certaine moralisation dans les organisations. Des travaux récents montrent que « *le leadership transformationnel crée de la confiance au sein d'une organisation et qu'il a un impact positif sur l'absentéisme*

---

<sup>20</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *op. cit.*, p.23.

<sup>21</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *op. cit.*, p.23.

et la rotation du personnel. Il semblerait qu'il renforce l'estime de soi, la productivité et la satisfaction au travail »<sup>22</sup>.

Ce type de leadership ne pourra s'opérer qu'en présence d'un leader avec une posture adaptée, des valeurs humanistes de soutien dans l'intérêt de toute une équipe.

### **1.2.2 Dimensions du leader : posture, valeurs et intérêt**

Donner du sens à nos actions en faisant des liens et des réajustements avec le terrain permet davantage de cohérence opérationnelle et de cohésion collective face aux divers changements à engager. Face aux résistances ou aux difficultés d'adaptation des professionnels, l'encadrement doit adopter un positionnement de leader objectif, perçu positif par les professionnels de santé afin que ces derniers aient envie de le suivre, d'améliorer les organisations et de partager les résultats. Le positionnement adapté est d'être présent aussi sur ce qui est perçu comme opposable. Rendre compte des organisations pertinentes et sécurisées permet la mise en valeur du travail quotidien des professionnels. Les reconnaître, c'est leur donner envie de réussir pour le patient usager du service public mais aussi pour les personnels qui ont conscience de la réussite collective d'un projet.

**L'approche du leader positif** est donc un des modèles du leadership qui semble être une alternative aux attentes des salariés. L'objectif est de se projeter vers une performance à la fois économique pérenne, une performance humaine en contribuant au bien-être des salariés et une performance sociale et environnementale. Dans les différentes suggestions et réflexions émises par Soufyane FRIMOUSSE, Yves LE BIHAN et Jean-Marie PERETTI, dans leur chapitre sur le « *leader positif : une alternative au service de la transformation* », est décrite la nécessaire transformation du leader, de sa posture en leader positif pour mieux ensuite transformer les organisations qui l'entourent et faire ainsi adhérer les agents au sein d'un environnement à la fois épanouissant et socialement plus responsable. Le leader entre dans un véritable processus de transformation, développe de nouvelles ressources et pratique au fur et à mesure les étapes de conduite de projets. Il évalue ses réussites, ses difficultés et ses manques et établit ainsi des liens professionnels constructifs et empathiques avec les différentes équipes. Une certaine stabilité de comportement, d'attention envers autrui, une concentration réfléchie et de la patience lui seront indispensables pour opérer les changements voulus et instaurer la confiance. Adapter ce type de leadership aura des bénéfices tant pour les équipes, le leader lui-même que pour la performance organisationnelle recherchée.

De même, les professionnels sont très sensibles au « juste » leadership qui

---

<sup>22</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *op. cit.*, p.24.

entraîne chez le manager une certaine forme d'autorité légitime. C'est un facteur primordial d'engagement des équipes. « *C'est en effet précisément par la mise en œuvre d'un leadership juste que le responsable pourra réaliser un leadership à la fois transactionnel et transformationnel source d'épanouissement, d'engagement et de performance à long terme* »<sup>23</sup>. Le leadership juste permet de répondre aux attentes et besoins fondamentaux des salariés telle que la reconnaissance sociale et matérielle. Créer un cadre confiant fait de sens des responsabilités, de capacité d'initiatives, de coopérations réfléchies contribue à la maîtrise d'un environnement parfois incertain et complexe.

Les postures et les compétences du leader décrites ci-dessus maintiennent l'engagement des professionnels dans la durabilité des nouvelles organisations mises en place. Savoir adapter son leadership semble être un enjeu capital pour la réussite de réorganisations.

### **1.2.3 Adaptation du leadership : enjeu capital pour la réussite des projets de réorganisations**

La réussite de projets ne peut se faire sans considération de l'Homme. Jean-François ZOBRIST, directeur d'une entreprise de fonderie et d'ateliers, a perçu différemment les organisations. « *L'Homme est comme on le considère (...). si on le considère comme bon, digne de confiance, voulant faire du bon travail, il y a de fortes chances qu'il se révélera ainsi* »<sup>24</sup>. L'inverse est vrai également. L'auteur souhaite ainsi mettre en avant le client en favorisant une pleine écoute, une adaptation à ses besoins et privilégier des équipes autonomes et compétentes, proches du client. Une relation de confiance doit pour cela s'installer entre les différents acteurs pour parvenir à ce type de management basé sur la confiance. D'après l'auteur : « *un **leader positif** a un regard réaliste et volontariste. Réaliste, puisqu'il croit que dans chaque personne il y a du bon et du mauvais. **Volontariste**, puisqu'en vrai leader, il s'appuie sur sa croyance **pour bâtir un environnement de travail** où c'est le bon qui ressort plutôt que le mauvais* »<sup>25</sup>. Adapter son leadership, le transformer selon l'environnement, les individus, les valeurs de l'institution permet de redonner du plaisir au travail, de rendre les hommes créatifs, innovants leur laissant cette part d'autonomie souhaitée, intelligemment contrôlée.

De plus, le leader a des obligations de performance et doit sans cesse ajuster son comportement afin d'amener les professionnels vers un objectif commun de performance collective. Cela demande de la cohérence et du sens donné aux missions de chacun. La motivation des professionnels reste un facteur de réussite dans les avancées des projets

---

<sup>23</sup> NADISIC, T, *Le leadership juste*, chapitre 9, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*, p.120.

<sup>24</sup> GETZ, I, *Réflexions sur le leadership positif*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*, p.10.

<sup>25</sup> GETZ, I, *op. cit.*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*, p.10.

organisationnels. La performance est fondée sur deux postulats : « *Le premier est que la performance résulte de l'épanouissement des hommes* »<sup>26</sup>, ce qui consiste à donner envie aux agents d'être acteurs de leur travail selon leurs besoins et ceux de l'institution. Le second postulat « *considère que si la majorité de salariés donnent le meilleur d'eux-mêmes pour réaliser la vision de l'organisation, sa performance est élevée* »<sup>27</sup>. C'est pourquoi la notion de leadership à développer ou à réinventer doit compter dans le recrutement et les formations à privilégier pour les cadres. C'est un enjeu majeur pour les établissements d'autant plus s'ils sont en situation de contrat de retour à l'équilibre financier.

Pour finir, il nous semble également important de souligner l'adaptation situationnelle du leadership développée par Paul HERSEY et Kenneth BLANCHARD. Le leader adapte son comportement managérial selon la maturité professionnelle de son environnement, ce qui correspond aux attitudes des agents, à leur autonomie et aux attentes souhaitées pour une réorganisation efficiente. Son but est d'amener les professionnels à une **autonomie responsable de travail par la compétence et la motivation des personnels**. Par conséquent, « *le comportement managérial le plus efficace est celui qui intègre bien le degré de compétence et d'implication du collaborateur mais aussi son niveau de maturité professionnelle (besoin de conseil) et/ou psychologique (besoin de soutien)* »<sup>28</sup>.

Avoir du charisme aide à engager les équipes. La contribution de chacun des agents nécessite aussi un accompagnement continu, dynamique et de proximité. Un véritable processus d'engagement et d'empowerment est donc souhaité pour conduire le changement.

#### **1.2.4 Leadership et conduite de changement : véritable processus d'engagement et d'empowerment**

Le leader est avant tout une personne dont le rôle est de rendre mature les organisations dans le sens attendu par la Direction. Il doit savoir maintenir la perspective d'un projet commun au sein des équipes en assurant les collaborations et coopérations des divers acteurs entre eux. Assurer le sens du groupe, engager les professionnels vers une conduite de changement signifie les inscrire dans de nouvelles valeurs au travail et cultures diversifiées choisies avec la collaboration de tous. **Quatre grandes dimensions culturelles en lien avec le concept du leader positif** sont mises en évidence :

- Une « **culture humaniste et solidaire pour renforcer la reconnaissance et l'épanouissement** »,

<sup>26</sup> GETZ, I, *op. cit.*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*, p.14

<sup>27</sup> GETZ, I, *op. cit.*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*, p.14.

<sup>28</sup> NOGUERA, F, PLANE, J-M, *op. cit.*, p.18.

- Une « **culture juste et responsable** pour encourager l'autonomie et l'initiative »,
- Une « **culture positive et imaginative** pour cultiver la passion et l'énergie créatrice »,
- Et une « **culture de la haute performance** »<sup>29</sup>, permettant l'engagement, une confiance interpersonnelle et la fierté d'appartenir à un groupe où sens, cohérence et exigences seront partagés et auront des impacts positifs sur les organisations.

Michel CROZIER et Erhard FRIEBERG ont su mettre en évidence l'influence du facteur humain dans les organisations, d'autant plus intense si celles-ci se complexifient. C'est pourquoi, « *l'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer. C'est de la juxtaposition de ces deux logiques que naissent les contraintes de l'action organisée* »<sup>30</sup>. Par conséquent, il faut continuer de responsabiliser les agents, de développer leur autonomie collective. C'est un véritable processus d'engagement co-construit avec les agents qui sera source d'empowerment et donc de performance commune insoupçonnée par les équipes elles-mêmes. L'empowerment engage en effet les équipes vers la prise d'initiatives, d'innovation et **crée de l'autonomie responsable réfléchie**. « *Il s'agit d'une habilitation, quelquefois prédéfinie ou délimitée, permettant à un collaborateur ou à une équipe auxquels on en donne les moyens de prendre des initiatives et des décisions dans leur périmètre d'actions et possiblement en dehors de leurs descriptions de postes* »<sup>31</sup>. Il donne donc la possibilité d'être acteur et crée de la valeur commune au travail. Cinq enjeux stratégiques ont pu être portés par la mise en œuvre de l'empowerment selon une étude menée en 2015 par Philippe LIGER et Gaëlle ROHOU. Il s'agit de l'excellence du service, de la fidélisation et l'employabilité des salariés, de l'engagement, la motivation et le sens au travail, de la qualité de vie au travail et l'épanouissement professionnel et de la performance de l'organisation. Ces axes sont directement liés au management et à son leader. Développer cette culture du changement s'inscrit dans le temps. « *L'objectif est que le changement soit perçu comme naturel, nécessaire et porteur de valeur ajoutée* »<sup>32</sup>.

L'exercice du leadership demande de faire preuve d'intuition, de vision stratégique, d'écoute, de soutien, d'adaptation à son environnement, de questionnement collaboratif en instaurant une dynamique collective. Ce sont des points incontournables du management performant attendu aujourd'hui dans un environnement sensible, contraint et

<sup>29</sup> FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, PERETTI, J-M, *Leader positif : une alternative au service de la transformation*, chapitre 1, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, *op. cit.*, p.31

<sup>30</sup> CROZIER, M, FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, Paris, 1981, p.11.

<sup>31</sup> LIGER, P, ROHOU, G, *L'empowerment, donner aux salariés le pouvoir d'initiative*, Éditions Dunod, Paris, 2016, p.2.

<sup>32</sup> LIGER, P, ROHOU, G, *Ibid.*, p.148.

concurrentiel. C'est aussi faire preuve de loyauté, de transparence et d'une certaine éthique professionnelle qui permet une communication managériale efficace avec les professionnels de terrain, favorable au bien-être des équipes au travail et à la mise en œuvre d'une qualité de vie au travail reconnue complémentaire de l'efficacité.

### **1.3 Le bien-être au travail : vers une qualité de vie au travail reconnue**

Afin de comprendre ce qu'est le bien-être au travail et la QVT attendue aujourd'hui, nous verrons tout d'abord l'intérêt de l'évolution de la réglementation. Puis nous développerons l'avantage de prévenir les RPS à la fois pour la santé du personnel au travail mais aussi pour améliorer la performance collective de l'établissement. Puis nous envisagerons la mesure et la promotion de la QVT, condition de réussite du projet et nous terminerons par l'importance de favoriser la QVT et l'épanouissement professionnel pour une performance collective efficace de l'organisation.

#### **1.3.1 Bien-être et QVT : de la perception à l'ère de la réglementation**

La valeur travail crée un lien social entre les Hommes et une certaine forme d'appartenance et de reconnaissance à un groupe commun. De par les évolutions du travail, le bien-être au travail n'a pas toujours été une priorité. Or si nous reprenons la définition de la santé établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, dans le préambule de la Constitution de l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>33</sup>. La santé n'est donc pas que physique, l'état mental et psychologique de la personne ont toute leur importance dans le bien-être de la personne.

Culturellement, le milieu soignant est vécu davantage comme un milieu de vocations et d'engagements. Selon Franck BIETRY et Jordan CREUSIER, Maîtres de conférences en université : « ***Le bien-être est un état psychologique résultant d'un rapport positif aux autres, à soi, aux temps et à l'environnement physique au travail*** »<sup>34</sup>. Nous percevons par conséquent l'influence et l'importance de l'objectivité de la relation de travail entre les professionnels.

De même, selon la théorie de la pyramide de hiérarchisation des besoins d'Abraham MASLOW, les personnes satisfont des niveaux de besoins pour pouvoir se réaliser. S'intéresser au bien-être au travail c'est se préoccuper de leurs aspirations, de leurs motivations dans l'objectif de mieux comprendre leurs comportements et ainsi de réfléchir au bien-être attendu dans le travail. Elton MAYO, psychologue et sociologue australien du 20<sup>ème</sup>

---

<sup>33</sup> <https://fr.wikipedia.org/wiki/Santé>

<sup>34</sup> CREUSIER, J, *Introduction*, in BACHELARD, O, *Le bien-être au travail, Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2017, p.9.

siècle, a également prouvé par de nombreuses expérimentations en entreprise l'impact positif des relations humaines collectives sur l'augmentation de la productivité et l'intérêt de satisfaire les besoins individuels et collectifs des individus au travail en termes de **reconnaissance et de considération de l'autre**.

Le terme de QVT, utilisé en 1972 lors d'une conférence à New York, est qualifié comme une intégrité physique, psychique, un nécessaire développement du dialogue social et un besoin d'équilibrer vie au travail et vie personnelle. Progressivement, la notion de QVT apparaît en France dans les années 2000 en développant davantage la culture de prévention et de gestion des risques professionnels et par les divers échanges sur l'amélioration des conditions de travail avec les partenaires sociaux. Elle s'inscrit dans des accords d'entreprise, plus précisément dans l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de juin 2013 où elle est définie comme : « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* »<sup>35</sup>. La loi REBSAMEN, n°2015-994 du 17 août 2015, relative au dialogue social et à l'emploi a ensuite rendu obligatoire dans les entreprises la notion de QVT à discuter lors de la négociation annuelle. Il s'agit davantage d'aborder l'exercice du droit d'expression et l'articulation de la vie personnelle avec la vie professionnelle. **L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) saisit l'opportunité** et met ainsi en évidence **huit grands axes à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une QVT** :

- L'engagement à tous les niveaux de l'entreprise,
- L'information partagée au niveau de l'entreprise,
- Les relations sociales et de travail,
- Le contenu du travail,
- L'environnement physique,
- L'organisation du travail,
- La possibilité de réalisation et de développement personnel,
- La conciliation vie professionnelle et personnelle.

Dans l'ANI du 19 juin 2013, la QVT recherchée et le bien-être ressenti au travail sont très justement explicités : « *Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* »<sup>36</sup>. Les dimensions professionnelles,

---

<sup>35</sup> Guide, *10 questions sur... La qualité de vie au travail dans les établissements de santé*, Conception et réalisation Médiacité, Anact, Lyon, 2015, p.16.

<sup>36</sup> Accord National Interprofessionnel – Qualité de vie au travail, 19 juin 2013, Titre II, article 2.

sociales, affectives et culturelles sont donc vecteur de QVT. Il est nécessaire de les prendre en compte dans leur globalité pour une efficacité de travail reconnue. S'engager dans un dispositif de changement organisationnel en considérant ces différentes dimensions dans le même temps est vecteur de QVT, d'efficacité au travail et un véritable levier stratégique d'implication des professionnels pour les établissements aujourd'hui.

Le 3<sup>ème</sup> plan « santé au travail » (2016-2020) adopté par le Conseil d'orientation des conditions de travail poursuit dans cette voie et fixe la QVT comme un de ses objectifs stratégiques. S'intéresser à la QVT, aux conditions de travail à travers les organisations, c'est aussi participer à la prévention des RPS.

### **1.3.2 Santé au travail : importance de la prévention des risques psycho-sociaux**

En lien avec la mise en œuvre de la QVT dans les établissements, la politique de prévention des RPS est mieux prise en compte aujourd'hui et n'est plus restreinte à l'exposition des risques professionnels physiques, chimiques ou infectieux. Suite aux constats et bilan social effectués dans les milieux soignants relatant en outre une fatigue, un stress au travail, un manque de dialogue social, un accord cadre a été décidé le 22 octobre 2013 relatif à la prévention des RPS, obligatoire pour les trois fonctions publiques.

Des études ont montré qu'une certaine « souffrance » au travail existe depuis plusieurs années. Les rythmes se sont en effet accélérés liés à une productivité ressentie plus conséquente, des résultats de travail plus précis grâce au suivi de l'activité, au sentiment d'être plus « cloisonné » dans son travail et des pressions vécues par le personnel parfois de façon inconsciente. Yves CLOT, directeur du centre de recherche sur le travail, a mené de nombreuses études et a beaucoup écrit sur le sujet. Selon lui, « *le plaisir du travail bien fait est la meilleure prévention contre le stress : il n'y a pas de bien-être sans bien faire* »<sup>37</sup>. Il y a donc un véritable enjeu à « soigner » le travail, à le réorganiser intelligemment afin de redonner du plaisir aux agents et contribuer à améliorer son environnement.

Les RPS sont les risques qui touchent la santé mentale, physique ou sociale engendrés par les conditions de travail qu'ils soient dus aux organisations ou aux relations de travail. L'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) de Martinique dès 2003, a été l'une des premières à élaborer un guide appelé « *ELVIE, un outil de diagnostic et de prévention des RPS au travail* »<sup>38</sup>. L'ARACT précise que : « *Le champ psychosocial renvoie à des aspects psychologiques de la vie sociale au travail. Les troubles*

---

<sup>37</sup> CLOT, Y, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, 2010 in BACHELARD, O, *op. cit.*, p.9.

<sup>38</sup> ARACT Martinique, *ELVIE, un outil de diagnostic et de prévention des RPS*, Fort-de-France, 2003, p.17.

psychosociaux (stress, violence...) apparaissent lorsqu'il y a un déséquilibre dans le système constitué par l'individu et son environnement de travail. [...] La notion de risque doit s'entendre comme la probabilité d'apparition du trouble psychosocial ayant pour origine l'environnement professionnel »<sup>39</sup>. En 2011, six types de facteurs de RPS ont été identifiés par un collège d'expertise et transmis dans le rapport GOLLAC, rapport de suivi statistique des RPS. Les six axes à prendre en compte sont les exigences de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail<sup>40</sup>. C'est donc un enjeu majeur pour la société de prévenir les RPS et ainsi de participer à l'amélioration de la QVT.

Il y a également une certaine prise de conscience des établissements du coût important que génèrent les conséquences des RPS, non seulement d'un point de vue économique mais aussi en ce qui concerne l'organisation interne de travail. « Selon une étude réalisée par l'INRS en 2009, le coût lié au stress pouvait être estimé à minima en France entre 1,9 et 3 milliards d'euros »<sup>41</sup>. De même, la Direction de l'Animation de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES), d'après une étude en matière d'absentéisme, en février 2013, indique que : « seulement 2,5% des salariés non exposés s'absentent pour des raisons de santé contre 7,5% parmi les salariés exposés à trois contraintes psychosociales ou plus »<sup>42</sup>. La responsabilité des établissements est donc engagée. Au regard des liens qui existent entre l'efficacité au travail grâce à une performance organisationnelle repensée, la QVT et les RPS, un équilibre doit donc être recherché par les directions lors de changements de fonctionnement ou autre mutation organisationnelle importante.

N'oublions pas que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et de la médecine du travail jouent un rôle primordial dans la prévention des RPS et la promotion de la QVT. Le CHSCT, composé de représentants du personnel, participe à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail des salariés. Il intervient lors de changement organisationnel important prévu dans l'établissement. Un rapport annuel et un bilan social sont réalisés ainsi qu'un suivi et une évaluation des risques professionnels, conservés dans un document unique réglementé, contribuant à orienter les décisions prises par les Directions.

---

<sup>39</sup> ARACT Martinique, *Ibid.*, p.17.

<sup>40</sup> Annexe 1 - Les six facteurs de RPS, MONTREUIL, É, *Prévenir les risques psychosociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Éditions Dunod, Malakoff, 2017, p.32.

<sup>41</sup> MONTREUIL, É, *Ibid.*, p.23.

<sup>42</sup> MONTREUIL, É, *Ibid.*, p.23.

S'engager vers une QVT, c'est donc permettre la mise en place d'un dispositif d'amélioration de la QVT et de prévention des RPS en co-construisant des indicateurs de QVT avec l'aide de différents acteurs présents sur le terrain dans l'objectif de favoriser la concertation, le dialogue social et de conserver ainsi un engagement, une dynamique de travail dans les meilleures conditions possibles pour les professionnels.

### **1.3.3 Mesure et promotion de la QVT : indicateurs et conditions de réussite**

Mesurer la QVT permet d'engager la démarche auprès des professionnels et rend lisible le message d'écoute, d'intentions et de vigilance vis-à-vis des conditions de travail. La direction a tout intérêt à renvoyer un aspect positif donné à la démarche. Grâce à des indicateurs précis, pertinents et adaptés, des pistes d'action peuvent être envisagées. Cela demande de tenir compte à la fois du contexte, de l'organisation et des compétences disponibles. Les établissements ont besoin de s'appuyer sur des professionnels de santé formés au suivi des indicateurs de QVT.

La HAS a proposé un programme d'expérimentation en 2014 : le Programme d'Amélioration Continu du Travail en Équipe (PACTE). L'objectif principal de ce programme est de réduire les risques indésirables liés aux soins dans les différentes prises en charge. L'enjeu de l'expérimentation est à la fois la sécurité du patient à améliorer mais également une opportunité de travailler sur la QVT puisqu'il s'agit de réapprendre aux équipes à s'entraider, se coordonner, communiquer davantage, savoir prendre des décisions en équipe en évaluant collectivement les situations de travail. D'une certaine façon c'est leur faire prendre de la distance sur leurs pratiques et les amener à réfléchir à leurs comportements en équipe. Le facteur humain et les relations sociales au travail sont donc des points clés de réussite d'une plus grande efficacité au travail.

**La HAS propose également quatre indicateurs quantitatifs communs pour mesurer la QVT** dans les établissements de santé. Il s'agit de la **satisfaction au travail**, de l'**augmentation du turnover**, de la **rotation du personnel** et du **taux d'absentéisme**. Les indicateurs qualitatifs seront déterminés par chacun des établissements selon les objectifs souhaités et les résultats à atteindre. Les directions ont besoin de l'encadrement pour choisir des indicateurs en lien avec des enjeux forts pour les agents.

La HAS et l'ANACT sont également « **convaincues qu'améliorer la QVT dans les établissements de santé c'est contribuer efficacement à la qualité des soins** »<sup>43</sup>. Dans le guide pédagogique de 2015, trois postulats sont mis en avant :

---

<sup>43</sup> Guide, *op. cit.*, p.2.

- **Un postulat de méthode** : « *une meilleure organisation du travail est l'un des 2 ou 3 déterminants majeurs d'amélioration de la QVT* »,
- **Un postulat de fond** : « *la qualité du dialogue social détermine très directement le degré de réussite du changement dans toutes les actions conduites* »,
- **Un postulat de résultat** : « *réussite collective et épanouissement de chacun vont de pair, mieux, se renforcent* »<sup>44</sup>.

Ces principes sont reliés les uns aux autres. Impliquer les salariés serait vecteur d'engagement, d'épanouissement professionnel et un gage de performance des organisations pour une qualité efficiente des soins.

#### **1.3.4 QVT et épanouissement professionnel : une valeur ajoutée pour une performance collective efficiente de l'organisation**

Dans les établissements de santé, les Hommes font la richesse des prestations et des organisations performantes. C'est pourquoi, « **les salariés doivent être considérés bien plus que des ressources mais comme un vrai capital à valoriser [...]. Pour améliorer leur situation actuelle, les établissements de santé devront travailler de front leur performance organisationnelle, managériale et le développement des compétences. En effet, la culture, les règles et les comportements associés, la stratégie, les objectifs [...] sont indissociables de l'humain** »<sup>45</sup>. Il est donc nécessaire aujourd'hui plus qu'hier de s'adapter à des personnels plus sensibles à leur environnement et aux nouvelles organisations. Travailler sur de nouveaux modes organisationnels permet de recentrer des valeurs communes essentielles au cœur du métier soignant. De plus, « *en conférant un rôle et une mission à des salariés, le projet les valorise par la confiance accordée. La dynamique de travail par mode projet permet non seulement de réduire les délais et les coûts mais replace l'humain à sa place essentielle au sein de l'entreprise* »<sup>46</sup>. Converger vers des objectifs communs, repenser, écouter, rediscuter en équipe et surtout prendre le temps de créer des espaces de réflexions car « *créer les conditions favorables tant pour les patients que les personnels de santé est devenu plus que jamais un enjeu majeur* »<sup>47</sup>.

Le travail doit rester une source d'épanouissement personnel et collectif. Selon des études menées dans certaines entreprises, il s'avère que « **les organisations attentives à l'implication de chacun dans les décisions relatives au travail ou à l'organisation sont les plus performantes** »<sup>48</sup>. Selon la « théorie de l'autodétermination »

<sup>44</sup> Guide, *op. cit.*, préambule.

<sup>45</sup> BENOÎT, C, *op. cit.*, p.89.

<sup>46</sup> BENOÎT, C, *op. cit.*, p.85.

<sup>47</sup> BENOÎT, C, *op. cit.*, p.9.

<sup>48</sup> BOURDU, É, PÉRETIÉ, M-M, RICHER, M, *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail*, Éditions Presses des Mines, Paris, 2016, p.84.

(TAD) développée en 2002, Edward L. DECI et Richard M. RYAN, psychologues cliniciens, démontrent que l'engagement est le résultat d'une motivation. Deux formes de motivations sont mises en évidence : une première « autodéterminée » ou autonome faisant davantage appel au plaisir, à l'intérêt au travail, à une certaine satisfaction et bien-être au travail, favorisant une performance plus forte et durable. La seconde dite « contrôlée » correspond au fait d'agir par conformité, en recherche de récompenses externes et serait juste efficace à court terme. Les auteurs soulignent que « *les besoins psychologiques d'autonomie, de compétence et de relation à autrui sont fondamentaux pour préserver et développer les conditions du bien-être au travail et la motivation* »<sup>49</sup>. Trois leviers principaux sont donc mis en évidence dans la TAD : l'organisation du travail, les relations interpersonnelles et le leadership, puis la rémunération<sup>50</sup>. Par conséquent l'engagement des agents envers l'institution et les organisations, construit par le biais d'une démarche de QVT réfléchi en équipe, est un point majeur de performance collective au-delà de ce qui est attendu par l'établissement. En effet, « *la personne a tendance à aller bien au-delà en mettant en œuvre ce que l'on appelle des comportements de « citoyenneté organisationnelle* »<sup>51</sup>. Ces comportements offrent une vision collective et du sens au travail pour avancer ensemble.

#### **1.4 Synthèse de la première partie**

L'étude des concepts de performance organisationnelle et de leadership nous ont permis de comprendre et de mesurer toute l'importance de « soigner le travail », de favoriser le bien-être au travail par une QVT reconnue, partagée. La performance organisationnelle traduite selon une stratégie commune clairement établie avec les différents acteurs donne du sens et engage les professionnels dans une dynamique positive de travail. Sa réalisation demande à l'encadrement de développer un leadership capable de mobiliser les acteurs, de les faire adhérer au projet en les rendant autonomes, responsables de leur travail et donc compétents. Les qualités du leaders sont donc essentiels à l'efficacité recherchée. Il doit sans cesse s'adapter, être visionnaire, avoir du charisme, une certaine stabilité au travail, faire preuve d'écoute, d'accompagnement des équipes et de considération individuelle. Mener une réflexivité sur ses expériences permettra d'améliorer sa posture et de contribuer au « changement agile » nécessaire à l'avancée des projets organisationnels. Force est de constater les liens inter-relationnels dépendants entre chaque concept pour une réussite à la fois structurelle, humaine et performante. C'est pourquoi, au regard de mes expériences vécues, des liens concrets, influents entre les concepts et en recherche de bien-être et d'efficacité au travail pour une qualité et une sécurité optimale des soins liées à ma future fonction, nous confirmons la problématique posée : « **En quoi le Directeur des soins, en**

---

<sup>49</sup> BOURDU, É, PÉRETIÉ, M-M, RICHER, M, *op. cit.*, p.71.

<sup>50</sup> Annexe 2 - Modèle intégrateur de recherche sur la TAD appliquée au travail, ROJOT, J, ROUSSEL, P, VANDENBERGHE, C, *op. cit.*, p.223.

<sup>51</sup> BACHELARD, O, *op. cit.*, p.127.

**accompagnant la performance organisationnelle auprès de l'encadrement, peut-il contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels ? ».** Trois hypothèses principales sont donc envisagées et nous invite à mener une enquête de terrain dans une deuxième partie afin de valider ou non les hypothèses suivantes :

- La performance organisationnelle, co-construite avec les soignants, permet d'améliorer la qualité de vie au travail.
- Prévenir les RPS dans les nouvelles organisations permet de concilier performance organisationnelle et qualité de vie au travail.
- Le Directeur des soins s'appuie sur l'encadrement pour concilier performance organisationnelle et bien-être au travail.

## 2 Enquête de terrain : méthodologie de recherche et analyse

L'enquête va nous permettre de faire une analyse en lien avec l'éclairage théorique. Nous aborderons le cadre de l'enquête puis les résultats obtenus afin de les confronter à nos hypothèses dans le but d'élaborer des axes de préconisations pour le DS.

### 2.1 Le cadre de l'enquête

Il est important de déterminer le cadre de l'enquête en expliquant la démarche d'investigation, le choix des établissements et des personnes interviewées, sans oublier de faire part des limites et des points forts de l'enquête.

#### 2.1.1 La démarche d'investigation

Les entretiens constituent un préalable indispensable à l'exploration de ce travail. L'objectif est de recueillir les propos des professionnels de santé afin de percevoir leurs vécus face à un projet de réorganisation. Cette étape est essentielle car elle permet de compléter les recherches en apportant peut-être une confirmation ou non des hypothèses, une autre vision et une réflexivité de toute la complexité environnementale de l'hôpital. L'attendu et la qualité des résultats dépendent non seulement du lieu et de la population choisis mais aussi de la méthodologie utilisée, des conditions de déroulement des entretiens et du temps accordé à ceux-ci.

Nous avons fait le choix d'effectuer des **entretiens semi-directifs** afin de laisser libre la parole de l'interviewé et de guider le déroulement de l'entretien selon les trois thèmes choisis de la recherche : la performance organisationnelle, le leadership et la QVT. La communication verbale et non verbale à instaurer entre l'enquêteur et l'interviewé est essentielle car elle garantit la récupération d'un maximum d'informations. Un climat de confiance et la confidentialité des échanges sont importants à assurer dans ce type de démarche. L'enquêteur prépare l'entretien en fonction de la personne interviewée et fait preuve d'une écoute active. Il doit savoir adapter son comportement, être dans le non-jugement et laisser la possibilité à l'interviewé d'apporter toutes les précisions qu'il estimera utiles sans pour autant oublier de réorienter les propos évoqués vers les thèmes de l'étude. L'authenticité est recherchée. Les entretiens sont planifiés, anticipés avec la personne elle-même. Ils ont duré environ une heure chacun et se sont effectués dans un endroit calme.

Les expériences vécues des professionnels de santé permettent l'exploration et la finalité de ce travail. Il est essentiel de retranscrire les entretiens en respectant les réponses données en sachant qu'elles peuvent être différentes de celles pressenties au

départ. Alain BLANCHET et Anne GOTMAN retranscrivent de façon très juste le vécu de conduite des entretiens et leur interprétation : « *Une sociologie compréhensive qui a notamment pour but de décrire et de comprendre non seulement les pratiques, mais leur « théorie », doit en fait la reconstruire, dans la mesure où les gens que l'on étudie ne sont pas naturellement portés à théoriser eux-mêmes. Dans cette perspective, le chercheur se donne pour objectif de la reconstruire d'après ce qu'il comprend, de décrire « sa » façon de voir d'une population ou d'un groupe. Il « lit par-dessus leur épaule », écrit Geertz, car l'asymétrie fondatrice des sciences sociales demeure* »<sup>52</sup>. La méthode d'investigation permet par conséquent d'effectuer une analyse des résultats et d'amener une discussion constructive par rapport aux thèmes envisagés. Afin de ne pas s'éparpiller et de cadrer l'étude dans un temps donné, il est recommandé de faire un choix d'établissements et de professionnels de terrain en lien avec la problématique posée.

### **2.1.2 Le choix des établissements et des personnes interviewées**

Nous avons choisi d'effectuer la recherche dans deux centres hospitaliers. Le premier est un hôpital de MCO, de moyens, longs séjours et d'hébergement de 442 lits et places et le second est un centre hospitalier universitaire offrant une capacité de 1607 lits et 203 places.

Concernant la problématique de départ : « En quoi le directeur des soins, en accompagnant la performance organisationnelle auprès de l'encadrement, peut-il contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels ? » et au regard de ma future fonction de directeur des soins, nous avons opté pour l'entretien de directeurs de soins et de personnels d'encadrement, à la fois des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé. Au cours de la recherche et en fonction du thème notamment de la performance organisationnelle à mettre en œuvre, il nous a semblé pertinent d'y associer des praticiens hospitaliers (PH), impactés par les changements dans les unités de soins, afin de connaître leur avis sur les réorganisations mises en place, les ambiances de travail perçues, les conditions de travail ainsi que les apports sur la prise en charge des patients. Quatorze entretiens ont ainsi pu être réalisés. La répartition est la suivante :

- 5 directeurs de soins dont 2 sont coordonnateurs général des soins,
- 4 cadres supérieurs de santé,
- 3 cadres de santé,
- 2 praticiens hospitaliers.

---

<sup>52</sup> BLANCHET, A, GOTMAN, A, *L'enquête et ses méthodes, L'entretien*, 2<sup>ème</sup> édition refondue, Éditions Armand Colin, Paris, 2007, p.106.

Comme particularité dans le choix des interviewés, concernant la fonction de directeurs des soins, nous avons eu l'occasion de faire un entretien téléphonique dans un autre Centre Hospitalier Universitaire de 2867 lits et places dont 1361 lits de MCO avec une directrice qui venait de terminer une réorganisation structurelle importante dans son établissement. Au regard de son expérience, il était approprié d'effectuer ce rendez-vous téléphonique. Il est toutefois différent car la communication n'est pas enregistrée comme les autres professionnels et les ressentis ne sont pas les mêmes puisque nous ne voyons pas la personne. Selon le temps imparti, nous avons préféré orienter les entretiens sur les lieux de stage effectués dans l'année. De plus, afin d'affiner le guide d'entretien, nous avons également choisi de mener deux entretiens exploratoires au début du premier stage afin d'ajuster les questions par thématique et selon la fonction de l'interlocuteur. Nous avons pu mettre en évidence des limites de l'enquête au cours de l'avancée de notre travail.

### **2.1.3 Les limites de l'enquête**

Cette enquête connaît effectivement certaines limites tel le nombre restreint d'entretiens. Il est certain qu'une démarche vers d'autres établissements de santé ainsi qu'un plus grand nombre d'interviewés complèteraient les recherches et les discussions permettant d'approfondir les recommandations, les démarches suscitées voire des innovations intéressantes dans le cadre d'un projet organisationnel réussi. C'est cependant une première approche qui permet de prendre un certain recul et de préciser des axes à mettre en œuvre lors de réorganisations ou de changements structurels pour gagner en performance organisationnelle au sein d'un environnement de travail attractif et de qualité.

Une autre difficulté est de rester exhaustif, de se rappeler le contexte, l'ambiance lors de l'écoute des enregistrements. De même, savoir recentrer les questions sur le sujet en reformulant si nécessaire n'est pas toujours aisé. Cela permet de s'assurer de la compréhension et du sens donné aux réponses afin de permettre une progression constructive de l'entretien sans perdre de vue l'objectif de celui-ci. Les différents échanges effectués ont permis de mettre en évidence des points forts de l'enquête.

### **2.1.4 Les points forts de l'enquête**

Partager et confronter des « retours d'expériences » à travers cette enquête nous a demandé une certaine rigueur en termes de temps, de choix, de mots utilisés, de planification. La disponibilité, l'accueil des professionnels très intéressés par le thème et la richesse des discours sont des points forts de l'enquête. Ils permettent d'envisager des axes et de recueillir des propos pertinents.

Le choix de la méthodologie est un autre point important dans l'avancée de ce travail. Cela permet de la réflexion, de l'observation, de la distance ainsi qu'une comparaison des réponses selon la fonction occupée par les professionnels au regard d'enjeux institutionnels et de décisions stratégiques de Direction.

Nous avons eu l'opportunité de pouvoir prendre du temps avec chaque coordonnateur général des soins et DS, ce qui est une chance pour bien comprendre le sens de la stratégie mise en place et les moyens mis en œuvre pour atteindre un objectif précis. Chaque étape est ainsi expliquée ainsi que le but recherché.

Ensuite, recueillir l'avis du corps médical face à ses nouvelles organisations est intéressant puisqu'ils participent activement au restructuration de services, à la mise en place de projets de pôles ou à d'autres orientations à mener. Ils ont un pouvoir de décision et d'influence à prendre en compte lors de restructurations importantes à mettre en œuvre. Ils sont en effet des acteurs stratégiques à inclure dès le début dans les projets car ils peuvent influencer la réussite ou l'échec d'un projet.

Un dernier point fort a été de pouvoir interviewer des CSS, des CDS et des PH d'un même pôle sur les mêmes réorganisations vécues. Cela nous a permis d'observer les difficultés ressenties différemment, les améliorations ou les pratiques performantes durables. L'investigation peut ainsi être plus approfondie et précise.

Après avoir détaillé le cadre de l'enquête, la démarche méthodologique permet ensuite d'effectuer l'analyse des résultats et d'amener ainsi une discussion constructive et une confrontation de celle-ci avec nos hypothèses.

## **2.2 L'analyse des résultats : point de vue des professionnels de santé**

Nous avons pu mettre en évidence le point de vue des professionnels de santé<sup>53</sup> par un guide d'entretien adapté à la fonction de l'interviewé<sup>54</sup> sur les mêmes thématiques. Les axes principaux issus de l'analyse nous montrent un contexte hospitalier sous tension, en pleine mouvance organisationnelle, des difficultés relevées lors de la mise en œuvre de projets de réorganisation ainsi que des leviers de réussite. L'investigation nous a également permis de connaître le vécu et les attentes des professionnels de santé. Ces points

---

<sup>53</sup> Annexe 4 - Résultats de l'enquête

<sup>54</sup> Annexe 3 - Grilles d'entretiens réalisées pour l'étude

d'analyse ont suscité des principes communs, contributifs d'une QVT, vecteurs d'une performance durable des organisations.

### **2.2.1 Contexte hospitalier sous tension, en pleine mouvance organisationnelle**

Les établissements de santé sont depuis des décennies en mouvement permanent d'adaptation et de mises en œuvre d'organisations efficaces donc à la fois performantes où la notion de rentabilité est prise en compte. Les PH, lors de nos échanges, ressentent ces changements organisationnels avec un rythme qui leur semble plus soutenu qu'auparavant : « *Nous sommes en position de renouvellement permanent. A peine une restructuration se termine qu'une autre recommence. Il faut se réinvestir à nouveau sans avoir pleinement profité des efforts de chacun* ». Les différents changements et organisations mis en place ont eu des conséquences non seulement sur les prises en charge du patient et de son environnement mais aussi sur le travail quotidien des professionnels de santé. L'impact culturel a eu des répercussions sur le travail mais aussi sur les relations entre les professionnels hospitaliers. Il est vrai qu'au regard des configurations de pôles et autres restructurations à engendrer en parallèle d'impératifs médico-soignants, de nouvelles réflexions organisationnelles ont dû être menées afin de répondre activement au contexte évolutif contraint.

Chaque personne interviewée a connu des réorganisations à plus ou moins grande échelle. **Les principaux types de réorganisations rencontrées** sont les **mutualisations**, suivies des **organisations architecturales**, de **l'ouverture** ou de **l'extension de services de soins** puis de **redimensionnement des effectifs**. Les mutualisations sont associées aux fusions de services et au rapprochement d'équipes. Un DS, pendant l'entretien, a qualifié la mutualisation comme : « *Une volonté d'éviter la fragmentation et la dispersion des moyens, cela vise à rechercher une optimisation des organisations, des rythmes ainsi qu'une optimisation des coûts* ». Ces réorganisations sont citées dans 100% des entretiens.

Les restructurations architecturales sont ensuite évoquées en termes de déménagements de lieux, de construction de nouvel hôpital ou encore de regroupements géographiques sur un même site. Ce deuxième type d'optimisation organisationnelle est évoqué par un praticien hospitalier, la majorité des DS et environ 71 % de l'encadrement, donc cadres supérieurs de santé (CSS) et cadres de santé de proximité (CDS). Puis, tous les DS et 85 % de l'encadrement ont parlé d'ouvertures, de créations ou d'extension d'unités de soins et d'activités diversifiées.

En dernier point, nous retrouvons le redimensionnement d'effectifs qui correspond aux diminutions de ressources humaines liées à un retour à l'équilibre financier de l'établissement ou dû aux besoins d'évolutions de compétences de personnel soignant.

**La méthodologie suivie** dans le cadre de projet de réorganisation est essentiellement la méthodologie de **conduite de projet**, évoquée en majorité par les cadres de proximité, à 80% par les DS et à 75% par les CSS. Les phases de conduite de projet sont essentiellement les réunions d'équipes planifiées, progressives, associées aux professionnels médicaux à certains temps du projet, un respect de l'échéancier et la nécessité de mise en place de groupes de travail et d'implication des agents. **La communication**, outil incontournable de mise en œuvre de la conduite du projet, est indiquée à plus de 85% des personnes interrogées. Il en est de même, en ce qui concerne les phases de réévaluation et de réajustement. **Les maquettes organisationnelles** sont mises en évidence seulement par la majorité des DS, liées à la fonction, à l'expertise du métier et aux pratiques suivies en majorité par le corps professionnel. Puis la technique de « **l'ordonnancement** », citée par une DS de CHU, est devenue une politique efficiente, généralisée au sein de l'établissement où elle travaille. Il s'agit en effet « *d'un dispositif innovant opérationnel, devenu un projet institutionnel en lien avec un contexte national. L'ordonnancement est une gestion de toutes les ressources disponibles nécessaires à la prise en charge du patient pour fluidifier le circuit global du patient* »<sup>55</sup>. Ensuite, la moitié des acteurs se positionnent sur la méthode du « **benchmark** », utilisée essentiellement par 80% des DS et 75% des CSS. Les deux PH interviewés ont préféré l'indispensable **travail collaboratif** et notamment la nécessaire confiance de l'encadrement dans la mise en œuvre de réorganisations, également cité par 80% des DS et 50% des CSS. Il est à noter que les méthodes peuvent être mixées et pratiquées selon les situations, le contexte et les phases du projet. Cependant, un élément commun à tous est nécessaire pour réussir les changements organisationnels. Il s'agit de la confiance mutuelle entre les professionnels sur le terrain et la Direction des Soins. Un DS nous fait d'ailleurs remarquer plusieurs fois au cours de l'entretien que « *tout repose sur un contrat de confiance avec les CSS* ».

De même, les types de réorganisation et la méthodologie choisie, anticipée ne fonctionne pas toujours par manque de cohésion, de coopération et parfois d'oublis d'acteurs qui nous entourent. Travailler avec des ressources humaines demande de prendre soin de chacun pour atteindre un résultat optimal nécessaire à la continuité des prises en charge de qualité et de sécurité des soins. Une CGS de CHU a dit très justement

---

<sup>55</sup> HALNA, L, PADELLEC, M-R, Directeurs des Soins, Intervention à l'EHESP, *Adaptation des organisations et de la prise en charge du patient, ordonnancement du parcours du patient*, UE 10, Rennes, 19 avril 2017.

qu'une réorganisation, « *ce n'est pas seulement une maquette organisationnelle, c'est regarder quels sont les professionnels impactés au-delà des professionnels présents dans le service. Il y a forcément un impact sur l'autre et il ne faut oublier personne, car si on oublie quelqu'un, nous sommes en énorme difficulté de mise en œuvre* ».

Nous remarquons **le positionnement de la Direction des soins** sur la méthodologie employée pour atteindre une efficacité dans les organisations. Elle impulse une méthodologie choisie, connaît diverses approches par son expérience multiple de projets de réorganisation, une méthodologie transmise et reprise par les CSS. Un travail en concertation en lien avec l'encadrement se réalise. Les PH ont compris la nécessaire collaboration avec l'encadrement pour l'avancée des projets et l'optimisation de leur activité. La méthodologie a donc toute son importance pour réussir à mener à bien ces réorganisations. Un DS nous confiait qu'elle fait « *partie de la phase stratégique du projet, déterminante pour la suite. Ce doit être clair pour nous si l'on veut que les CSS soient notre relais* » ou encore : « *Notre expérience compte, les agents attendent beaucoup d'éclairages, d'accompagnement de méthodes dans la mise en œuvre* ». Un partage collaboratif est donc indispensable pour tous, il aura soit un impact positif, soit une perception moindre selon l'approche élaborée et suivie.

Les CDS ont également pris conscience de leur impact sur la continuité du projet et de leur rôle dès la première information donnée aux professionnels de santé présents sur le terrain. Le sens de leurs missions et la représentation de la Direction des soins sont un enjeu partagé de l'encadrement : « *Il faut accompagner les équipes médicales et paramédicales, c'est notre mission d'autant plus quand les changements s'enchaînent et déstabilisent les équipes. Nous travaillons au sein de réorganisations tout le temps en mouvance. Il faut vite s'adapter et faire confiance à la Direction des soins qui a plus d'expériences que nous* ». Certains évoquent aussi une opportunité donnée de changement grâce par exemple à la mise en place du « virage ambulatoire » à l'hôpital public, détaillée et suivie par l'ANAP sur laquelle s'appuyer. Le contexte dans lequel les soignants travaillent est donc à prendre en compte dans le type de réorganisation et méthodologie choisie.

Des facteurs de réussite et des difficultés ont par la suite pu être mis en évidence au cours des entretiens, nous permettant d'évaluer les organisations mises en œuvre et surtout de comprendre les leviers et les freins sur lesquels la Direction des soins pourra s'appuyer et ainsi ajuster la méthodologie et les phases du projet pour un accompagnement réflexif lié à un environnement de travail contextualisé.

## 2.2.2 Projets de réorganisation : difficultés et leviers de réussite

L'évaluation de nouveaux projets organisationnels est une étape à ne pas négliger car elle permet d'effectuer un bilan, d'apprécier une mise en œuvre pour améliorer la prise en charge de qualité et de sécurité du patient, au cœur de nos organisations de façon continue. De plus, s'adapter à son environnement, au contexte de travail, aux collaborations professionnelles parfois complexes, exigent de revoir le plan d'action afin d'atteindre les objectifs définis ou redéfinis de nouveau. La conduite de projet, méthodologie pratiquée en majorité par tous les acteurs, permet ces réajustements en étant à l'écoute des résultats au regard des objectifs cibles. Selon les entretiens menés, il faut **un temps d'adaptation et d'appropriation du nouvel environnement**. Revisiter l'organisation des soins et le parcours du patient demandent par exemple de revoir les planifications de travail, outil fondamental pour le soignant, leurs pratiques, la répartition des ressources humaines, leurs habitudes de travail ou encore le management en place. Beaucoup de mutualisations, à la mise en place des pôles, par exemple, ont permis de décloisonner les unités de soins, de regrouper des services pour n'en faire qu'un seul et d'inciter à des coopérations parfois difficiles culturellement entre les acteurs. Certaines méthodes tel que l'ordonnancement, utilise également la mutualisation de périmètres définis pour optimiser la gestion des lits et apporter une réponse plus pertinente à la gestion des flux.

Les entretiens des professionnels de santé nous montrent que la difficulté majeure rencontrée lors de la mise en place de projets de réorganisation est la « résistance au changement », citée à 78,5%. Elle est traduite le plus souvent par des comportements d'opposition ou une volonté d'immobilisme, sans ajustement ou compréhension d'une nécessaire évolution du parcours de prise en charge du patient. Un DS nous confie le besoin de « manager-leader », indispensable pour contourner cette difficulté, motiver les équipes soignantes et redonner plaisir à être créatif, à l'initiative d'expériences nouvelles plus adaptées au terrain : « **Nous avons besoin de « cadre pétillant** », non installé dans un mode d'encadrement assisté ». A la question « *qu'est-ce qu'un cadre pétillant* », il répond que c'est « *un professionnel repéré dans sa capacité à se poser des questions, à ne pas accepter d'emblée l'organisation dans lequel on le met tout en étant porteur de sens, et proactif à porter des éléments de décision, à éclairer autrement le quotidien d'un service* ». C'est une réelle évolution d'attitude attendue de l'encadrement. Les cadres sont donc vecteurs du changement contribuant progressivement à installer une nouvelle culture institutionnelle partagée.

De même, **le corpus des habitudes médicales et non médicales** est un axe connu de l'encadrement et de la Direction des soins. Un DS explique que « *les résistances*

*viennent du corps médical plus que des soignants eux-mêmes* ». De par ses expériences à ce poste, il constate en effet que les équipes soignantes sont souvent contre le projet au début car elles n'ont pas la compréhension du changement nécessaire. Il y a en quelque sorte des phases d'acceptation et de confrontation aux idées proposées et aux actions à mener car elles touchent de près ce à quoi elles sont sensibles comme leur planification horaire ou « *au moment où l'on pose les maquettes organisationnelles* ». Ce point de vue est porté par l'ensemble des DS et des CDS. Parmi les DS, 60% pensent que c'est aussi un problème de communication non régulière sur le projet, des informations données pas toujours clairement énoncées, uniformisées collectivement et un manque d'accompagnement des professionnels sur le terrain. Nous remarquons que seuls 50% des CSS interviewés parlent de résistance au changement ou de difficulté de comportement. Ils ont en effet le sentiment que les équipes anticipent, proposent des solutions pour améliorer la prise en charge des patients. Au regard des entretiens, les soignants sont donc prêts aux réorganisations nouvelles s'ils sont co-acteurs du changement.

Le corps médical a pris progressivement conscience des enjeux de l'hôpital public : « *Aujourd'hui, il y a de fortes implications hospitalières dans les nouvelles organisations* ». Ils s'appuient essentiellement sur l'encadrement et reconnaissent leur manque de formations ou d'investissements dans les projets, dû à des activités plus étendues, une charge en soins et un turnover lié aux prises en charge différentes, développées au quotidien avec un côté administratif « *de plus en plus prégnant* ». Un PH n'hésite pas à expliquer cet aspect collaboratif opérationnel : « *on ne peut mettre un projet en œuvre sans en évaluer la faisabilité en permanence avec les cadres. Nous sommes incapables en tant que soignant, de maîtriser les plannings, la législation du travail...* ». Ce sens est partagé par l'encadrement. Les CSS sont cependant convaincus du besoin d'un coordonnateur médical pour une mise en place efficiente des projets.

Une autre difficulté énoncée par les DS et l'encadrement est **la gestion des RH**, surtout d'un point de vue des mobilités à anticiper, des diminutions d'effectifs à discuter conjointement avec la Direction des soins et la DRH. La nouvelle organisation est proposée sous forme de « maquette » aux instances avant application. Tout retard ou décalage du projet peut être démotivant pour les équipes professionnelles en attente et convaincues du projet co-construit en amont pour améliorer la qualité des soins.

**Les facteurs de réussite** de performance organisationnelle, explicités au décours des entretiens, sont essentiellement **la communication**, pour 85,7% des personnes interviewées, et pour 71,4%, il s'agit de **l'implication de l'ensemble des acteurs**. D'autres éléments de réussite sont la coordination à la fois médicale et

directionnelle propulsée par la Direction des soins et l'encadrement de proximité. De même, l'évaluation du projet est un vecteur indispensable de sens, de compréhension et de réajustements qui doivent être transmis, discutés, décidés, appliqués. La communication est donc un élément incontournable à effectuer régulièrement auprès des équipes, ainsi que l'implication de tous les professionnels de santé, devenant plus autonomes et responsables de leur organisation. Pour la Direction des soins, **le partage de décisions** est un point d'appui à la réussite dès le départ : « *Il faut que cette décision stratégique du début se fasse en concertation, tous ensemble et sans être trop étalée dans le temps* ». Travailler et impliquer les acteurs ne peut se faire sans une **communication positive, efficace, faite d'écoute et d'apports clairs sur les choix entrepris**. C'est pourquoi, pour reprendre les propos d'un DS : « *il est essentiel de travailler avec les acteurs de terrain qui connaissent bien l'unité et qui seront force de propositions par rapport au projet* ». Un autre directeur renforce cette idée : « *les CSS et les CDS connaissent à la fois les organisations, les soignants, les locaux, les besoins de l'unité, les patients. Ils vont nous alerter sur les choses qui pourraient ne pas être adaptées* ».

Pour évaluer l'efficacité des organisations, l'encadrement va pouvoir communiquer la réalité de terrain à travers des indicateurs définis au départ du projet sur lesquels ils pourront s'appuyer et mettre en valeur lors par exemple d'audits croisés, de certifications d'établissements ou d'arguments à développer, porteurs de sens à la lecture des éléments. La majorité des quatorze personnes interrogées ont également toutes évoqué le taux d'absentéisme, indicateur pertinent sur lequel les acteurs, à leur niveau, s'appuient pour évaluer une mise en place optimisée, intéressante pour les professionnels. Les PH rejoignent cette idée : « *C'est un indicateur fiable, traduisant une organisation performante ou non* ». Nous retrouvons aussi les tableaux de bord classiques où l'activité est décrite en termes d'entrées, de DMS, de taux d'occupation, d'activité programmée (...).

En ce qui concerne la validation du projet, les liens avec les partenaires sociaux sont à prendre en compte et ont ici toute leur importance. L'encadrement exprime le rôle des syndicats de ne pas être toujours en accord avec les projets présentés. Certains le vivent plutôt bien car ils sont habitués aux « jeux de rôle » mais d'autres au contraire souffrent de cet exercice. 80% des DS se concentrent davantage sur le dialogue social et leur volonté de conserver ce lien très utile et pertinent par exemple pour l'accompagnement individuel lors de mobilité : « *C'est un incontournable, le dialogue social est très important pour conserver une implication des acteurs et permettre de faire advenir une discussion réfléchie. Pour moi, ils font partie de la décision* ». Cependant, 60% des DS ne sont pas favorable la communication systématique avec les partenaires sociaux en amont des

instances. Le regard et la présence syndicale peuvent donc être vécus comme un frein ou un levier selon la phase du projet.

Ainsi, les difficultés rencontrées et les facteurs de réussite génèrent des attentes auprès des agents. Leurs valeurs traduisent l'ambiance dans laquelle ils travaillent et réussissent à s'approprier ou non les projets, à optimiser ou au contraire à désorganiser le système d'accueil et de prise en charge du patient. Au regard des enjeux, des liens de performance démontrés, des résultats à obtenir et des demandes des professionnels, la Direction des soins se veut bienveillante et à l'écoute du personnel soignant. C'est pourquoi il est intéressant d'analyser le vécu et les attentes des professionnels de santé.

### 2.2.3 Vécu et attentes des professionnels de santé

Impulser des changements organisationnels dans un souci d'amélioration de notre système de prise en charge n'est pas toujours bien perçu par les soignants. Il est intéressant au regard des enjeux sanitaires, de questionner l'existant afin de vérifier le vécu et les attentes des professionnels au travail au sein des modifications institutionnelles.

Un médecin interviewé explique l'inadaptation de certains soignants qui semblent ne plus reconnaître les valeurs de leur métier dans les différents projets actuels : « *Nous sommes passés d'une logique de soins à une logique de productivité donc beaucoup de soignants ne s'y sont pas retrouvés* ». C'est donc une réelle question de sens et de cohérence à prendre en compte aujourd'hui pour faire advenir les nouveaux projets dans de bonnes conditions de travail ressenties pour chacun des acteurs. Le vécu des équipes dans le cadre de projet de réorganisation, traduit à 78,5% **l'appréhension des professionnels au changement**, ce qui se relie au constat de résistance au changement. De même, les soignants apprécient la **notion de diversité des activités**, la possibilité d'acquérir plus de compétences grâce aux spécialités médicales différentes prises en charge ainsi que de partager sur leur métier, leurs pratiques. Un CDS confie que « *c'est une façon de mettre en avant les plus-values de leur savoir-faire et en quelque sorte de reconnaître leur travail et leurs compétences acquises. Ils sont très attachés à la qualité et aux services rendus au patient. Cela les conforte et les rassure au quotidien* ». D'ailleurs une partie de leur appréhension au changement inclut **la peur de ne pas être compétent** devant de nouvelles activités mutualisées dans un secteur parfois contraint par le temps médical ou un turnover favorisant un rythme soutenu où le relationnel utile décroît. Les PH sont très sensibles à cet aspect vécu. Un des PUPH considère que certains soignants sont en souffrance au travail de par ce manque d'investissement responsable d'un ressenti de non qualité par manque de temps.

**La souffrance au travail** est un thème très discuté dans la prévention des RPS et la gestion des risques. Un DS compare cette souffrance aux phases de deuil avec les phases d'un projet organisationnel, « *plus ou moins longue selon les professionnels* ». Pourtant, il considère, au regard de ces nombreux projets, que « *les paramédicaux ont une capacité plus grande à faire face aux changements, d'autant plus depuis les nombreux aménagements d'organisation et dynamique de mobilité impulsée dans l'établissement* ». Selon lui, « *les médecins sont plus enclin à une routine par rapport aux organisations* ». En fait, les équipes soignantes considèrent qu'elles n'ont pas le choix. Chacun doit donc suivre un rythme pas toujours bien vécu au quotidien, selon la phase où en est le projet et l'investissement médical. En effet, les soignants peuvent ne pas se sentir soutenus voire isolés face à leurs difficultés et ressentis. Notre étude montre que les agents ressentent de la souffrance au travail, évoquée par 50% des PH, qui expriment le lien avec le ressenti d'une perte de qualité des soins vécue : « *les soignants ont l'impression de ne pas passer assez de temps auprès du patient, de faire les soins vite sans prendre un temps suffisant de qualité avec la personne soignée* ». Ils ont donc le sentiment de perte de sens de leur mission et disent effectuer une qualité moindre. A noter que la Direction des soins et l'encadrement n'évoquent pas ce point car ils sont convaincus du **professionnalisme des soignants**. En effet, malgré les contraintes et leur désaccord ou fatigue ressentie, « *ils continuent d'assurer des soins optimaux dans la limite de leurs pratiques, du nombre de ressources et de compétences présentes* ». Un lien existe entre leurs valeurs ou convictions soignantes et leur engagement au travail de par la culture du métier soignant. A l'inverse, un CSS nous explique : « *lorsque les agents sont motivés et que le changement vient d'eux, ils prennent plaisir, sont à l'initiative d'organisations efficaces avec les mêmes moyens, vont plus vite à performer le système, avant nous. Ils sont force de propositions dans ce cadre et c'est nous qui parfois avons des difficultés à les suivre !* ».

Un autre point évoqué sont **les contraintes RH**. Ce point essentiel, incontournable dans le secteur hospitalier, de plus en plus contraint en termes de RH, représentant plus de 70% des dépenses hospitalières, angoissent les CSS. 100% de cet encadrement expliquent leurs inquiétudes : « *Les soignants veulent savoir le plus vite possible combien d'agents seront retirés. Toute cette zone d'incertitude, c'est trop long pour eux* ». 66% des CDS partagent cette opinion. C'est un des points critiques d'une réorganisation, de par les changements engendrés et la possible mobilité. Les professionnels ont en effet besoin de se projeter pour s'engager dans les nouvelles organisations. L'attente de décision par rapport à leur devenir et les choix de travail à faire ont un impact direct sur leur vie familiale et donc sur leur équilibre de vie. Les CDS et CSS confient **l'intérêt de rendre attractive leur planification**, perçue comme un confort de travail : « *Les agents ont besoin d'un rythme professionnel compatible avec leur vie privée* ».

*pour s'engager. C'est une sorte de « donnant-donnant ». Un CSS ajoute : « Le problème, ce n'est pas forcément le rythme attendu par la Direction. Il y a un blocage de part et d'autre. Le projet est parfois mis en attente à plus tard ». De même, les agents souhaitent une certaine équité dans la constitution des plannings et des ressources suffisantes.*

Les entretiens reflètent de façon logique les **attentes des professionnels**. Les DS et l'encadrement, à la majorité, indiquent très justement le besoin pour le soignant de **conserver son cœur de métier et la qualité des soins**. Tout changement sera donc vécu positivement par les équipes à la condition que les professionnels perçoivent une amélioration de la prise en charge du patient et de son parcours de soins. L'encadrement de proximité souligne avec pertinence leur besoin d'écoute et d'une transmission d'une ligne directrice claire partagée. Cela passe par une demande d'un soutien par la Direction et surtout par la Direction des soins. Les soignants veulent de **l'écoute** sur leurs conditions de travail au quotidien ainsi qu'une **reconnaissance** de leurs efforts et adaptations.

Ensuite, selon le point de vue partagé d'un PH et de 100% des DS, les professionnels souhaitent **être accompagnés sur le terrain par un encadrement compétent**. Les CSS et les CDS sont en effet le relais de la Direction des soins et des décisions prises en amont. Un DS explique que *« le rôle du cadre est de savoir embarquer les équipes, d'avoir une vision positive du projet, de devancer le terrain. Cela demande un certain leadership de la part du cadre »*. Un CSS en a tout à fait conscience puisque, selon lui, *« le rôle du cadre est d'expliquer ce qui se passe et ce qui va se passer dans les années futures afin que les soignants aient des attentes par rapport à la prise en charge du patient et soient ainsi convaincus du bien fondé des changements organisationnels à venir »*. Pour affiner la place et le rôle de l'encadrement, nous avons demandé aux PH et DS quelles étaient leurs attentes auprès de ces professionnels clés dans la mise en œuvre de projets. Tous nous ont répondu **le positionnement des cadres**. C'est dire l'importance de ces acteurs dans la réussite organisationnelle. À noter également le besoin de confiance exigée par la Direction des soins, traduite par une loyauté d'action lors de ligne directrice établie. Un DS interviewé pense que *« c'est une question d'éthique de leur profession, un respect de travail de coordination entre eux et l'encadrement »*.

A ce stade de l'analyse, il est opportun de mettre en évidence les principes sur lesquels s'appuient les professionnels de santé interviewés pour réussir ensemble à mettre en œuvre les nouvelles restructurations et les performances organisationnelles attendues.

#### 2.2.4 Principes clés mis en évidence

Les principes fondamentaux mis en évidence pour mener des réorganisations sont pour toutes les personnes interviewées **la qualité et la sécurité des soins**. Il semble donc incontournable de présenter tout projet de réorganisation autour de l'amélioration de la prise en charge de qualité du patient afin de donner du sens et de la cohérence au changement envisagé. Pour un DS : « *Maintenir une QVT passe par le maintien d'une prise en charge de qualité du patient. Il est donc nécessaire d'accompagner les professionnels sur ces évolutions et se centrer davantage sur le parcours patient et la qualité du service rendu* ». La QVT ressentie par les agents passe donc par une qualité des soins offertes, les principes semblent donc fortement liés.

Le second point majeur cité à 92,8% par les acteurs interviewés est **la communication** à organiser en amont, pendant la réalisation des phases du projet et après afin d'apporter non seulement le suivi régulier attendu des équipes soignantes mais aussi pour valoriser, reconnaître le travail, les initiatives, les réajustements collectifs. La majorité de l'encadrement et les DS sont convaincus qu'elle est un élément clé de réussite à tout projet. Un DS explique : « *Si un discours cadre est opposant, il crée une tension auprès de l'équipe soignante et à l'inverse lorsqu'on partage plus avec l'équipe ou lorsqu'on recueille en entretien le choix de chaque agent avec les cadres, l'accompagnement est vécu positivement créant de la réassurance et de la confiance* ». De plus, des CDS et CSS nous font remarquer qu'il ne faut pas oublier les médecins dans la communication du projet car la communication médicale positive est vecteur d'adhésion du personnel soignant : « *Être en cohérence avec les médecins désangoisse les personnels* ».

D'autres principes sont également évoqués par 60% des DS comme **la place et la collaboration des différents acteurs concernés par le projet** : « *Tous les acteurs impliqués peuvent nous aider dans les orientations, l'organisation à donner au projet* ». La moitié des CSS le signale aussi. Les CDS, proche du terrain, identifient le besoin de **conserver un bon climat social** pour réaliser de façon optimale les réorganisations car les décisions prises ne sont pas toujours en accord avec le personnel soignant. L'encadrement souhaite conserver une ambiance positive pour continuer de travailler dans les meilleures conditions possibles et faire accepter progressivement les choix institutionnels. Le terme d'adhésion est souvent nommé par l'encadrement dans les collaborations efficaces, notamment la collaboration médico-soignante : « *L'adhésion est essentielle surtout celle des médecins sinon il est plus difficile de faire adhérer l'équipe donc sans adhésion médico-soignante, on n'y arrive pas* ». Un PH résume ces éléments importants à prendre en compte dans le cadre d'une restructuration : « *Je crois que les*

*directions à ne pas oublier sont la coordination des différents acteurs sans oublier les secrétaires et la communication à remettre en place. Ce qui me fait peur dans le nouvel hôpital car il y a un risque de perte en qualité de travail ».*

Les DS sont également très attachés à la ligne de conduite claire transmise par l'encadrement dans la mise en place des changements à conduire. Ils mettent en évidence **l'équité et la loyauté des professionnels cadres**, sans oublier la confiance et la réciprocité accordées. Un projet de restructuration ne peut s'effectuer sans ces convictions communes, nécessaires à l'avancée de l'institution : *« J'attends cette loyauté des équipes cadres et CSS, de ne pas être dans un discours démagogique qui critique la Direction générale et la Direction des soins », « on peut échanger, discuter mais une décision, une fois prise, on la partage aux équipes ».* Un DS explique aussi que *« la loyauté est essentielle et souvent vecteur d'un projet qui se passe plus calmement ».* Il y a donc un lien établi entre les nouvelles organisations à porter et le positionnement de l'encadrement vis-à-vis de la Direction des soins et réciproquement.

Il est important de constater le peu de personnes qui parlent de QVT. Seuls deux DS la citent clairement. Nous pourrions en déduire que ce n'est pas un axe priorisé pour accompagner les nouvelles organisations de travail. La qualité des soins et la satisfaction du patient dans son parcours est davantage prégnant pour les équipes de proximité. Pour autant, la QVT est sous-entendue dans les discours comme celui de garder un bon climat social de travail, sans tension. Un PH explique *« qu'il est essentiel d'être bien au travail, de ne pas générer un travail à la chaîne mais plutôt de diversifier les activités comme permettre aux agents d'aller en consultation puis dans d'autres services du même pôle. Les rendre autonomes, compétents, à l'initiative d'actions innovantes ».* Un CSS parle également de bien-être au travail à travers la gestion des remplacements : *« les personnels n'aiment pas être rappelés à la dernière minute. Ce n'est pas correct et c'est toujours mal vécu ».* Un CDS explique assez justement que *« les agents ont besoin d'un rythme de travail compatible avec leur vie privée pour être bien et réceptif au travail ».*

Les principes cités ci-dessus sont très liés entre eux dans leur réalisation et les objectifs attendus par les professionnels de santé, chacun à son niveau d'attente et selon sa fonction. Il ne peut en effet y avoir de collaboration et d'adhésion au projet sans communication, ni de QVT sans une qualité et sécurité des soins réalisées. A ce stade, nous pouvons envisager la confrontation de l'analyse avec nos hypothèses de départ et en déduire des orientations.

## 2.3 La confrontation de l'analyse aux hypothèses

Notre questionnement de départ était : « En quoi le directeur des soins, en accompagnant la performance organisationnelle auprès de l'encadrement, peut-il contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels ? », nous avait conduit à formuler trois hypothèses. Au regard du cadre théorique et de l'analyse des entretiens, nous pensons confirmer ces trois hypothèses :

- « **La performance organisationnelle, co-construite avec les soignants, permet d'améliorer la qualité de vie au travail** ». Redonner du sens au travail permet une cohérence opérationnelle et une certaine cohésion collective. La co-construction des organisations nécessite une implication des acteurs, vecteurs de performance organisationnelle lorsqu'ils adhèrent au projet, sont autonomes et ont du plaisir à repenser le parcours du patient ensemble. Ils prennent alors des initiatives et sont force de propositions efficaces proches du terrain, à la fois pour les organisations, pour la qualité de la prise en charge du patient et donc pour leur bien-être ressenti au travail en équipe. Les RH sont garantes de l'avancée ou non d'un projet. Une collaboration de tous les acteurs, notamment une articulation médico-soignante alliée à une coordination de la Direction des soins et de l'encadrement favorisera les échanges à l'aide d'une communication positive. La volonté des acteurs est un enjeu majeur de réussite. C'est pourquoi la performance organisationnelle a besoin d'être co-construite à la fois pour atteindre l'optimisation souhaitée des organisations mais aussi pour permettre de mettre en œuvre une démarche de QVT adaptée. La co-construction nécessite une confiance réciproque des acteurs. Elle permet d'améliorer le bien-être au travail car les changements sont vécus en quelque sorte de façon plus « naturelle », diminuant progressivement une certaine appréhension de départ. C'est le « changement agile » dynamique à l'initiative des agents, qui ont besoin de s'épanouir au travail pour bien faire. La performance organisationnelle a donc besoin d'être co-construite pour aboutir dans les meilleures conditions et contribuer ainsi à une amélioration de la QVT.

- « **Prévenir les RPS dans les nouvelles organisations permet de concilier performance organisationnelle et qualité de vie au travail** ». Les professionnels de terrain ressentent un certain mal-être lié aux nouvelles organisations qui leur semblent plus complexes. S'inscrire dans une démarche de prévention des RPS est une opportunité de reconstruire le dialogue social, de créer de nouveaux contacts et de penser autrement la mise en œuvre des projets de réorganisation. Il est essentiel dans l'institution de travail de partager une culture commune de travail, de savoir impulser une dynamique collective commune pour une efficacité recherchée des organisations et un bien-être des équipes,

fiers de leur outil de travail. La prévention des RPS permet en effet d'évaluer les conditions de travail et d'améliorer la QVT dans le même temps. Le DS a une responsabilité dans la prévention des RPS. Une de ses missions est d'assurer la gestion des risques et de veiller à la qualité et sécurité des prises en charge. Nous avons vu dans la première et seconde partie qu'il est important de « soigner le travail » pour atteindre une certaine performance des organisations selon un contexte situationnel et pour maintenir la motivation des équipes à s'engager dans les projets. Pour cela, il est nécessaire de communiquer sur la politique de prévention et de gestion des risques, ce qui permettra de s'intéresser au travail des agents, de connaître leurs difficultés et les moyens nécessaires pour améliorer leurs conditions de travail favorisant un environnement plus serein. De plus, prévenir les RPS est aussi un moyen de diminuer l'absentéisme et de prendre en compte la souffrance au travail vécue par les agents. Les professionnels de santé souhaitent de l'écoute, de la valorisation, du respect et de la considération dans leur travail. Ils sont très attachés à la qualité des soins offerte au patient. Elle ne peut s'effectuer que dans un milieu sécurisé pour tous. C'est donc une stratégie et opportunité pour le DS de développer une politique de prévention des RPS pour concilier performance et QVT.

- « **Le directeur des soins s'appuie sur l'encadrement pour concilier performance organisationnelle et bien-être au travail** ». Le DS coordonne les organisations hospitalières, optimise les moyens dans un environnement de travail plus difficile. Au regard des enjeux, l'encadrement est source de mobilisations et d'accompagnement dans la conduite des nouvelles organisations. Il représente le relais de la Direction des soins et doit donc partager les mêmes convictions de travail et objectifs communs. Il est important de garder une ligne conductrice claire, cohérente et objective pour conserver le professionnalisme et l'envie des acteurs à s'engager dans de futurs projets. Le rôle du DS est de repérer les compétences, les leaders capables de mobiliser les équipes soignantes vers un objectif commun partagé, moteur d'efficience, de confiance et d'initiatives favorisées. Le management doit évoluer selon l'environnement culturel, avoir le comportement adapté de par sa fonction pour convaincre, redonner la confiance réciproque attendue du DS et réussir les missions qui lui sont confiées. Le DS accompagne l'encadrement, écoute les difficultés de terrain, partage ses expériences et aide les cadres à se positionner. Il apporte une certaine réflexivité et regard dans les pratiques menées afin de participer au leadership transformationnel adapté, juste qui permettra à la fois d'atteindre la performance des organisations fixées mais aussi aidera les acteurs à mieux vivre les changements, à être en cohérence avec les attentes institutionnelles et celles des professionnels de santé. C'est donner la possibilité aux cadres de santé de trouver le juste positionnement, la posture adaptée grâce aux aptitudes et compétences renouvelées.

L'encadrement, sur lequel s'appuie le DS, est le lien d'une mise en œuvre institutionnelle

anticipée, réfléchi et partagée pour concilier la performance organisationnelle décidée et favoriser le bien-être au travail des professionnels.

L'enquête de terrain et l'analyse effectuée nous ont aidé à faire les liens, à confronter l'analyse aux hypothèses de départ, nous apportant des réponses plus précises par rapport à la problématique posée, nous permettant d'envisager des orientations et des axes de préconisations pour le DS dans l'accompagnement des projets de réorganisation dans une troisième partie.

### **3 Le Directeur des soins dans un rôle d'accompagnement des projets de réorganisation**

La recherche effectuée va nous permettre de concevoir des préconisations et des orientations pour le DS dans l'accompagnement des projets de réorganisation. Nous verrons tout d'abord qu'il s'agit d'un réel enjeu institutionnel de concilier performance organisationnelle et QVT. Puis, nous envisagerons sa mise en œuvre qui nécessite une stratégie anticipée et une posture managériale de la part du DS s'il veut impulser et promouvoir une dynamique de démarche de QVT et ainsi rendre pérennes et efficaces les nouvelles organisations.

#### **3.1 Enjeu institutionnel : concilier performance organisationnelle et QVT**

C'est un réel enjeu institutionnel de concilier à la fois la performance organisationnelle et la QVT. Selon les études et recherches de terrain, il est effectivement important de mener une politique institutionnelle partagée qui sera un préalable incontournable à la mise en œuvre du projet. De même, la nécessaire implication des RH constitue un axe majeur de réussite. Puis, la prévention des RPS envisagée dans le cadre d'une démarche de QVT sera une façon de répondre à cet enjeu.

##### **3.1.1 Nécessité d'une politique institutionnelle partagée**

Savoir faire vivre un projet pertinent présente une plus-value pour l'établissement, l'organisation, les professionnels et surtout pour le patient, au centre des réorganisations pour une satisfaction optimale de sa prise en charge. Il est intéressant au regard des enjeux sanitaires, d'apporter un questionnement de l'existant afin de ne pas perdre les valeurs premières du métier soignant dans toutes ces modifications institutionnelles. Les directions recherchent en effet une organisation efficace dans un contexte hospitalier contraint par les réformes et les directives gestionnaires à appliquer. Les professionnels de santé ont dû mal à vivre tous ces changements. C'est pourquoi il est recommandé de redonner du sens en partageant une politique institutionnelle commune afin que les différents acteurs de l'organisation reconnaissent le même discours et ressentent une sécurité dans les prises de décision. Les professionnels ont la capacité de s'adapter aux changements s'ils trouvent du sens et de la cohérence aux décisions prises. Il s'agit de la responsabilité des directions de l'établissement de répondre aux impacts d'une organisation choisie. C'est pourquoi poser les principes d'une politique organisationnelle autre que la culture en place demande de faire valoir sa pertinence donc de définir les lignes

directrices du projet amenant du sens et de la réflexion commune avant sa mise en œuvre, de la communiquer et de la rappeler régulièrement lors de rencontres institutionnelles.

Le projet d'établissement et le projet de soins présenté en instance, discuté en Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) sont des moyens de définir une stratégie commune, de communiquer sur la politique institutionnelle et d'une certaine façon de préparer les professionnels aux futurs changements. Il est également important de retrouver ses orientations dans le projet social, managérial, le projet de QVT ou la politique de gestion des RPS. C'est un réel enjeu pour l'établissement. Le DS contribue à faire évoluer les organisations avec les acteurs de terrain selon une politique déclinée et soutenue en amont par la Direction. Au regard de ses missions, il doit partager cette politique avec l'encadrement, les soignants afin d'obtenir au mieux leur adhésion d'autant plus en sachant que la réussite du projet dépendra de l'implication des RH et de leur volonté de faire avancer ou non les futurs projets.

### **3.1.2 Implication recommandée des ressources humaines dans tout projet de réorganisation**

Au cours de nos recherches conceptuelles et de l'analyse des entretiens, nous avons compris l'importance et l'obligation pour un établissement d'impliquer les RH dans tout projet de réorganisation. La cohésion des acteurs et la cohérence d'un projet peuvent permettre d'atteindre les missions institutionnelles définies et de mesurer les résultats obtenus de façon individuelle et collective. Il faut favoriser les situations, apporter un schéma constructif et méthodologique du projet, telle une démarche qualité, de la planification au contrôle et réajustements des actions en continu. Investir dans des organisations innovantes permet d'introduire des notions de prises en charge logiques, adaptées au contexte. Les professionnels de terrain sont souvent force de propositions pertinentes. Ils ont une perception fine des changements éventuels apportés par leurs pratiques quotidiennes. C'est pourquoi ils sont une source d'idées, gardant comme objectif principal la qualité et la sécurité des soins à offrir. Le DS doit donc reconnaître leur efficacité dans la mise en place des projets car « *il n'y a pas de véritable action sans volonté* »<sup>56</sup>.

La proximité managériale, hiérarchique et fonctionnelle est indispensable à tout projet, ne serait-ce que pour diminuer certaines tensions ou apporter des explications claires après l'annonce d'un changement à venir. Être au plus prêt du travail des personnels, pouvoir « débriefier », réajuster avec efficacité est un axe à préparer. Favoriser un échange collectif pertinent rend les organisations plus fiables, sécurisées et adaptées

---

<sup>56</sup> Citation de Jean-Jacques Rousseau, *Émile ou de l'éducation*, 1762.

aux situations. La confiance se gagne dans le temps aussi par des petits succès. Le leadership, par sa propre transformation, connaissance de soi et valeurs mises en évidence, permet des réorganisations performantes au service du patient dans une ambiance collective partagée motivante. Grâce au développement de cultures de comportement positif, les collaborations, l'entraide et les initiatives sont favorisées, incitant chacun des acteurs à être autonome et responsable au service de l'autre. Recréer des liens en améliorant sa communication, en prenant des décisions claires avec une certaine écoute, équité et flexibilité dans l'agir contribue à améliorer les relations de travail. Ces expériences vécues entraînent ainsi un certain bien-être au travail et permettent de co-construire avec les professionnels de santé une qualité de travail partagée.

L'implication des acteurs est souvent progressive. Laisser le temps de s'approprier les divers changements organisationnels et impacts psychologiques parfois pour certaines équipes est un indicateur à ne pas négliger dans l'avancée du projet pour le DS. Le facteur humain influence fortement le fonctionnement des organisations. L'encadrement saura retranscrire le vécu des unités de soins et leurs attentes. Ils seront en quelque sorte des moyens d'alerter le DS par exemple sur l'ambiance de travail ou autres dysfonctionnements. Il pourra ensuite réajuster, anticiper et favoriser le dialogue avec les professionnels de santé en difficulté, ce qui permettra ainsi de les reconnaître, les valoriser, les écouter et leur permettre de jouer un rôle dans les organisations à mettre en place. L'émergence de solutions collectives sera porteuse de sens, de progressions professionnelles plus rapides et de relations sociales positives développées au travail sur lesquelles s'appuyer. L'optimisation des organisations pourra aussi se renforcer par la mise en place d'une politique de prévention des RPS impulsée par le DS par la co-construction d'une démarche de QVT par les soignants eux-mêmes et ainsi les inciter à devenir acteurs de leur bien-être au travail, leur donnant la possibilité de partager leurs expériences.

### **3.1.3 Prévenir les risques psycho-sociaux par la co-construction d'une démarche de QVT**

Le personnel soignant a besoin aujourd'hui de se reconstruire et de co-construire avec le collectif soignant et non soignant afin de retrouver son identité et le plaisir au travail. Faire travailler ensemble les acteurs d'une organisation, de catégories socio-professionnelles diverses, en les faisant coopérer permet une reconnaissance mutuelle des individus, participe au décroisement des services de soins, responsabilise chacun dans ses fonctions et favorise l'entraide mutuelle des personnels. Connaître les dimensions de prévention des RPS permet d'agir sur les facteurs de risque pour la santé au travail. Le DS, en collaboration avec le DRH, aide à la mise en place des groupes de travail de prévention des RPS. Il peut proposer de mixer les acteurs, d'intégrer des membres du CHSCT selon

le contexte. Il est essentiel de partager une mission collective de prévention des risques en leur donnant par exemple de la documentation sur les axes prioritaires à prendre en compte pour permettre une démarche de QVT. Faire advenir un bien-être au travail demande de communiquer sur les liens interdépendants existants entre performance organisationnelle et QVT. Contribuer à engager les équipes à mener des actions positives permettra de réfléchir ensemble à améliorer les organisations de travail et ainsi redonner du sens et une culture commune professionnelle. « Libérer la parole » par la mise en place de ces espaces de dialogue est de notre responsabilité. Il est conseillé de provoquer l'organisation de groupes de travail, de les inciter à partager avec les autres, d'essayer les actions envisagées et de mettre à leur disposition des moyens de les rendre opérationnels. La constitution de Comité de Retour d'Expérience (CREX) pourra être un outil de partage réflexif pluridisciplinaire s'inscrivant dans cette dynamique.

L'enjeu sociétal est de trouver le bon équilibre pour tous, ce qui demande de la confiance réciproque et de la négociation entre les différents acteurs. Accompagner la QVT demande une adaptation des établissements aux différents axes proposés par l'ANACT comme celle de concilier vie professionnelle et vie personnelle dans les organisations du temps de travail. La prévention des RPS et la démarche de QVT ont des domaines en commun tels que l'organisation du travail, le contenu du travail ou encore les relations humaines au travail, c'est pourquoi il est stratégique de les articuler et ainsi de répondre à la fois aux enjeux réglementaires mais aussi aux attentes qualitatives des professionnels de santé au travail. Identifier les RPS, en s'aidant par exemple des six facteurs de RPS détaillé dans le rapport GOLLAC comme indicateurs, c'est privilégier directement ou indirectement la QVT. Le DS a donc tout intérêt à mesurer les RPS, à les évaluer collectivement afin de pouvoir ajuster un plan d'action efficace au regard des dysfonctionnements ou déséquilibres repérés. Ces actions ne pourront être pertinentes qu'avec une stratégie anticipée du DS en collaboration avec la DRH, rendues possibles à l'aide d'une posture managériale exigée de la fonction.

### **3.2 Stratégie et posture managériale de la fonction**

La stratégie consiste en l'accompagnement et au suivi de l'encadrement de proximité qui occupe une place déterminante dans la réalisation des projets de réorganisation. Au vu des liens établis entre la performance des organisations et la QVT, il est conseillé d'engager très tôt les cadres et les agents dans une démarche de QVT. Le leadership managérial sera également une plus-value recherchée pour motiver, engager et responsabiliser les acteurs, c'est pourquoi, le DS devra identifier les cadres en posture de leader, capable de mener avec efficacité ce type de projet.

### **3.2.1 Accompagner l'encadrement : place et collaboration déterminante**

L'encadrement a un rôle essentiel car il doit donner du sens aux différents changements opérés. Il est le relais de la Direction des soins et mérite toute notre bienveillance. La fonction de DS permet d'orienter les choix et d'éclairer les décisions stratégiques de la Direction. Accompagner les équipes dans toutes les strates de la réorganisation hospitalière exige de l'attention des cadres de proximité, de l'écoute, de la compréhension et surtout de la communication construite partagée. Une réflexion est donc à engager afin de prendre toute la mesure des liens quantitatifs et qualitatifs dans l'environnement du travail des cadres. Le DS doit accorder du temps à la communication, au relationnel et savoir entendre les difficultés de l'encadrement.

Les cadres ont envie de s'investir s'ils sont valorisés pour leurs actions, leur travail collaboratif, leur adaptation rapide ou pour les innovations organisationnelles performantes. Le DS doit accompagner l'intelligence collective et soutenir la créativité des professionnels de santé dans l'amélioration de la prise en charge du patient selon des objectifs fixés, d'autant plus en connaissant les liens entre le bien-être au travail du personnel et la qualité des soins ressentie des acteurs, confiée par le patient lui-même par des enquêtes de satisfaction, des courriers ou autre reconnaissance émise par l'utilisateur.

Amener une cohésion du collectif cadre vu la place déterminante occupée sur le terrain, entre les acteurs de soins et les directions est un véritable levier opérationnel. C'est une place difficile car elle bouscule parfois leurs convictions. Il est nécessaire de leur rappeler leurs missions et de leur expliquer de nouveau leur indispensable présence dans ce type de projet. Selon les phases organisationnelles en cours et face aux difficultés rencontrées, il est recommandé de les voir régulièrement. Quelquefois intervenir auprès des professionnels ou simplement être présent dans certaines réunions de travail leur montre le soutien attendu. C'est aussi l'occasion de rappeler la politique institutionnelle, d'apporter un soutien directionnel objectivé, d'échanger avec le personnel et de réorienter avec l'encadrement le plan d'action et le suivi du projet. De même, l'articulation médico-soignante sera vecteur d'une mise en œuvre réussie. Les praticiens ont besoin d'une relation de confiance avec l'encadrement pour que les projets se fassent dans de bonnes conditions, ce qui incite à garder une communication constructive avec le corps médical. Les soignants et les cadres seront également moins angoissés et s'impliqueront davantage si le projet est en phase avec les PH. Le DS doit avoir conscience de ces enjeux et accorder une place déterminante aux cadres de santé afin de favoriser la réussite collective de projets institutionnels. Leur engagement sera donc essentiel et incontournable dans le cadre de gestion touchant les RH telle qu'une démarche QVT à mettre en œuvre.

### **3.2.2 Engager les cadres dans une démarche de QVT**

Se saisir d'un projet pour ne pas le subir, c'est savoir aussi faire émerger une nouvelle culture commune et d'autres perceptions au travail grâce à un leadership adapté. Essayer de créer un certain enrichissement du lien social professionnel entre les différents acteurs permet de se centrer sur le bien-être des soignants au travail. Les valoriser pour le travail accompli et leur faire prendre conscience qu'ils appartiennent à un collectif dynamique les conduiront ensemble vers un changement co-construit innovant pour répondre non seulement aux attentes du patient mais aussi à leurs attentes. La démarche de QVT peut permettre ces résultats, elle devient aujourd'hui une priorité en lien avec l'interdépendance entre les conditions de travail améliorées et la performance organisationnelle souhaitée par les professionnels de santé eux-mêmes d'autant plus s'ils comprennent l'intérêt de cet investissement. Le DS a donc la responsabilité d'engager l'encadrement dans ce schéma collectif bienveillant.

Les CDS ont besoin émotionnellement de partager sur leurs difficultés, de sentir qu'ils ne sont pas seuls. Le DS les accompagne par un soutien attentif tout le long de la mise en œuvre du projet, lors de l'évaluation et des réajustements à effectuer. La communication est essentielle à ce stade et demande de la régularité et de la transparence dans les différents échanges afin d'apporter une certaine compréhension, écoute et conseils sur les actions de proximité à mener. Il est très important d'être soutenu selon les phases plus délicates d'un projet. Le « collectif cadre » permettra de redonner à chacun du sens, de la réflexion positive et la possibilité d'expression dans des lieux communs attribuant un certain pouvoir d'agir autonome aux personnes. Partager est indispensable surtout s'il s'agit de nouvelles actions à mener. Les expériences de chacun vont inciter à créer de nouveaux rapports sociaux en communiquant sur la réalité du travail, la méthodologie utilisée, les difficultés ou les réussites vécues. Le DS pourra ainsi restructurer la démarche, donner des conseils, fixer le cap avec des éléments construits collectivement.

Sachant que le rôle des cadres est déterminant dans la réussite des projets organisationnels, le DS doit soutenir l'encadrement et les convaincre des avantages à mettre en place une démarche de QVT co-construite avec les agents pour motiver et créer l'engagement nécessaire à la réalisation de la performance organisationnelle attendue. Donner une certaine autonomie aux cadres tout en les soutenant, c'est les inciter à conserver une certaine liberté d'initiatives, la possibilité de les épanouir et de mettre leurs compétences au service de l'institution. Favoriser un climat de confiance, calme, favorable pour les équipes passent d'abord par un encadrement formé, accompagné à la mise en œuvre de ce type de projet et convaincu des bienfaits d'impulser une démarche de QVT

auprès des équipes soignantes. Le DS contribue ainsi à modifier l'environnement de travail et participe dans le même temps à la transformation du cadre au fur et à mesure des points d'avancée. Accompagner le cadre à s'interroger, à retrouver du sens, à mener avec réussite ou difficulté ses missions, c'est l'aider à devenir progressivement un « leader transformationnel » adapté plus performant rapidement. Selon les projets et les objectifs institutionnels à atteindre, le DS a tout intérêt à identifier les cadres en capacité de mener des projets avec efficacité, assurant à la fois une performance organisationnelle souhaitée collectivement en lien avec une démarche QVT co-construite motivante.

### **3.2.3 Identifier les cadres, leader de performance organisationnelle et de bien-être au travail**

Le leader, qui a développé toutes ces compétences dans le cadre de ses expériences projets, peut conduire les équipes à des changements organisationnels performants en comprenant les étapes du processus d'engagement à mettre en place, en prenant conscience des comportements à susciter par sa propre connaissance de soi et de ses qualités managériales à ajuster. C'est pourquoi il est important de repérer ces qualités chez le CDS afin de pouvoir reconnaître ses compétences managériales et de continuer de le motiver par la responsabilité partagée de projets innovants où il se sentira épanoui, gardera son côté pétillant charismatique utile et moteur des équipes.

Le DS recherche ces qualités professionnelles chez l'encadrant selon l'ampleur du projet à mettre en place avec des acteurs restant assez corporatistes qui ont besoin de reconnaissance dans le travail, essouffés par les changements multiples rapides au sein du système de santé et une certaine peur de ne plus offrir des soins de qualité et du temps au lit du patient. Le DS doit apprendre à observer, détecter un leader manager capable de porter ces différents changements à la fois pertinents, structurés et performants. « *Le rôle « de terrain » du manager de proximité est en particulier essentiel : il doit relier et non relayer. C'est lui qui incarne le projet collectif. Dans le même temps, c'est au dirigeant de porter auprès de ses équipes la vision et l'ambition de l'organisation humaine qu'il dirige [...]. C'est de cette seule manière que le management peut absorber les craintes, apaiser les doutes et, au final, exporter de la confiance auprès des salariés* »<sup>57</sup>.

Les CDS sont des acteurs privilégiés pour mener les performances organisationnelles. Ils sont au cœur du terrain, proches des agents, connaissant leur potentiel, leurs compétences, leur créativité mais aussi leur point d'amélioration tant individuel que collectif. Ce sont des acteurs influents et des ressources pour co-construire

---

<sup>57</sup> CLOT, Y, *op. cit.*, p.21.

les projets. Connaissant les équipes, leurs attentes, leur vécu, les difficultés, le cadre leader sera un maillon fondamental à la fois dans les nouvelles réorganisations à mener et dans son engagement pour conserver ou améliorer le bien-être au travail, point sur lequel il est attaché et s'appuie pour manager. Favoriser un climat confiant, apaiser fait partie de leurs missions. L'enjeu est de faire comprendre aux professionnels qu'ils sont acteurs de leur performance et le cadre leader sera le liant de la Direction des soins pour réussir ces projets doublement engagés. Vu la relation entre la performance des organisations et la mise en place d'une QVT réfléchi collectivement, les résultats incitent le DS à promouvoir cette dynamique et à l'adapter progressivement au contexte hospitalier dans lequel il se trouve.

### **3.3 Performance organisationnelle et QVT : une dynamique à promouvoir**

En lien avec la partie conceptuelle et l'étude de terrain, cette dynamique de travail à promouvoir sera opérationnelle si la performance organisationnelle est analysée, mesurée et portée par la Direction des soins. Les organisations performantes durables, favorisant la mise en place d'une démarche QVT, méritent d'être partagées et valorisées. Donner du sens et rendre pérenne les organisations est en effet un réel défi pour le DS.

#### **3.3.1 Analyser, mesurer et porter les organisations performantes**

Il est préconisé d'analyser, de mesurer et de porter les organisations performantes afin de montrer les résultats atteints, de les évaluer avec les acteurs concernés dans un premier temps et de réajuster au bon moment selon la maturité du projet. Les indicateurs seront source de motivation, de réengagement dans la démarche car les agents auront à cœur de bien faire, de progresser selon le cap fixé. Les performances organisationnelles sont parfois de courte durée par manque de visibilité des résultats et de mises en place objectivées. Communiquer régulièrement sur les résultats obtenus est une préconisation incontournable et un réel levier de réussite. La QVT est de plus un projet au long cours qui prend du temps à se mettre en place. Les effets ne seront perceptibles qu'une fois les organisations testées, évaluées, réajustées. C'est pourquoi le DS, en collaboration avec le DRH, interroge de façon régulière les soignants en coordonnant la mise en place d'outils pensés avec l'encadrement.

Les résultats des projets se constatent sur le terrain. Le DS a besoin de la collaboration de l'encadrement pour co-construire les indicateurs à définir selon les objectifs et résultats à atteindre. Ils sont choisis, affichés au départ du projet et vont permettre de responsabiliser les acteurs, de les faire adhérer au changement ou encore d'apporter une dynamique et créativité d'actions pour d'autres. Le DS doit donc s'appuyer sur les résultats obtenus car il faut savoir donner de l'intérêt, du sens et de la valeur au travail. C'est aussi

reconnaître les professionnels en attente de réactions de la Direction pour continuer de performer le système et de permettre une qualité et une sécurité des soins tout le long du parcours patient. C'est un axe de préconisation à prendre en compte pour améliorer la QVT et un levier majeur pour maintenir des personnes motivées dans la durée.

Se donner les moyens de l'évaluation, analyser et mesurer les nouvelles organisations aideront à porter le projet auprès des équipes soignantes. La mesure effectuée justifie ainsi une politique de reconnaissance du travail, de clarification des attentes des parties prenantes et de mise en place d'échanges suite aux résultats transmis, de là dépend la performance future et pérenne des organisations. Porter les organisations performantes co-construites demande au DS de les partager et de valoriser les réussites à l'ensemble de l'institution.

### **3.3.2 Partager et valoriser les réussites**

Valoriser le travail, c'est reconnaître les acteurs, contribuer à leur épanouissement, à une QVT construite avec les professionnels afin qu'elle soit adaptée au plus près de leurs attentes dans la limite des possibilités de l'institution et de la réglementation. C'est pourquoi, partager et valoriser les réussites sur le terrain, lors des réunions d'encadrement, auprès de la Direction ou lors de journées soignantes organisées, seront des leviers efficaces pour le DS dans le but de rendre plus autonomes les personnels et de leur apporter la motivation permettant de les remobiliser, de leur donner l'envie de réfléchir de nouveau en équipe à l'amélioration des organisations du parcours patient. L'enquête de terrain nous a montrés l'importance pour les professionnels de garantir et de conserver une qualité des soins qui contribue directement à leur épanouissement. Le DS doit anticiper l'avenir dans les meilleures conditions de travail et favoriser une cohésion de groupe. Cette dimension est recommandée dans la prévention des RPS. C'est un axe à prendre en compte dans la politique QVT institutionnelle, il est donc opportun de soigner les relations sociales au travail en partageant et en valorisant les réussites collectives.

Il est essentiel de communiquer et d'informer la Direction et les personnes travaillant dans l'établissement, de projets réussis afin de permettre aux acteurs de soins de retrouver une identité au travail, de faire connaître leur utilité, leur performance, et les compétences partagées. Les CDS sont aussi les relais de ces valorisations au travail. Ils doivent favoriser la communication positive de changements efficaces auprès des soignants et des PH. Ils sont support de continuité d'une activité performante engagée. Le DS doit donc s'assurer des messages transmis par l'intermédiaire des CSS et des CDS auprès des équipes pour rétablir des liens de confiance et ainsi évoquer les difficultés de certaines étapes d'un projet en laissant les acteurs concernés en parler, trouver et adapter

des solutions selon les expériences et propositions partagées. Le DS pourra mesurer leur investissement et valoriser les mises en place efficaces pour le patient, l'organisation et les équipes soignantes.

Chaque expérience est utile au partage professionnel, à l'apprentissage du changement par l'expérimentation. Elle permet l'acquisition de nouvelles compétences et prouve l'efficacité d'un système en place par les acteurs eux-mêmes avec les moyens existants adaptés. Redonner l'envie aux professionnels par les professionnels est un facteur de réussite. Créer du respect entre les hommes passe par la connaissance du travail des uns et des autres. Encourager un climat de travail serein, confiant, porteur d'envie d'évolution des compétences dans un contexte parfois difficile est une des missions du DS. C'est aussi accorder plus de cohérence à l'innovation organisationnelle performante qui répond aux attentes de l'établissement. Valoriser les réussites est donc une façon de contribuer à la durabilité des organisations, à une conduite du changement évolutive qui aide le DS à établir une méthodologie gagnante par un processus construit, défini du projet.

### **3.3.3 Donner du sens et rendre pérenne une méthodologie gagnante**

Donner du sens à l'activité coordonnée est une des missions du DS. Il est important de créer les conditions optimales de travail qui garantissent sens et cohérence des organisations. Au regard des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel soignant, le DS doit orienter les projets en prenant en compte ces éléments car « *un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* »<sup>58</sup>.

La complexité des organisations demande un management attractif auprès des agents. L'enjeu de pouvoir concilier la performance organisationnelle et la QVT est posée en permanence au DS. Il doit accompagner l'encadrement à poursuivre l'amélioration des organisations pour améliorer la prise en charge de qualité et de sécurité du patient et contribuer au bien-être des professionnels. Faire émerger une coopération des acteurs, donner du sens au travail et le désir de changement des organisations sont des facteurs clés de réussite. Le DS est devenu au sein de la Direction, un acteur de confiance interrogée sur la mise en place de la performance organisationnelle des établissements, à lui d'être acteur d'une démarche QVT auprès des équipes et d'accompagner l'encadrement de proximité dans ces projets. Le DS a su en effet s'adapter et évoluer dans un environnement soignant familial et au sein d'une institution directionnelle. « *De part leur double ancrage professionnel et managérial, les directeurs des soins peuvent faciliter la convergence recherchée entre la réponse des infirmières et celle de la direction aux enjeux*

---

<sup>58</sup> BRUNELLE, Y, *Pratiques et Organisations des Soins*, numéro 1, volume 40, CNAMTS, 2009.

de l'hôpital, ce qui semble être une composante clé des « hôpitaux magnétiques connus pour leur efficacité et leur capacité à fidéliser le personnel » (Brunelle, 2009) »<sup>59</sup>.

Au regard de tous ces éléments, pour donner du sens, rendre pérennes les nouvelles organisations performantes, il est nécessaire pour le DS de suivre plusieurs grandes étapes de mise en œuvre :

- **S'assurer de l'existence d'une politique institutionnelle partagée, soutenue par la Direction.** Une présentation du projet pourra être faite en CME avec le soutien du PCME, l'adhésion médicale étant un enjeu fort de la réussite du projet.
- **Faire un diagnostic de l'existant** afin de s'adapter au contexte et à l'environnement de travail.
- **Savoir écouter, discuter et inclure très tôt les cadres de proximité** afin de les accompagner dans leur démarche. Réajuster, impulser une dynamique de travail et montrer cette confiance réciproque recentre les objectifs et l'importance du projet.
- **Permettre la collaboration de l'encadrement** pour comprendre et connaître les difficultés, les forces, l'ambiance de travail, les différentes évolutions mises en place, les freins potentiels, les changements et les résultats obtenus.
- **Anticiper la mise en place du projet à venir** demande d'établir une relation de confiance entre les différents acteurs par une communication régulière, des rencontres permettant la maturation du projet, aidant à poser clairement les lignes directrices et les objectifs. Le DS doit s'assurer de la compréhension des attentes institutionnelles, des enjeux et de la réflexivité commune à mener.
- **S'appuyer sur les organisations innovantes réussies**, les partager dans l'établissement peut permettre d'apaiser les doutes et de convaincre de la nécessité des changements.
- **Accompagner les cadres à mener et à organiser le projet** par la création d'espaces de discussion avec leur collaboration. Il est nécessaire de mesurer sa présence, d'adapter une certaine distance afin de redonner la place aux cadres de proximité. De même, le soutien d'autres acteurs de terrain, formés, avec un leadership positif, est parfois indispensable. Ce sont des ressources à valoriser.
- **Rappeler le contexte, les missions de chacun** avant la mise en œuvre du projet et **garantir le soutien de la Direction des soins** tout au long du projet en sachant objectiver régulièrement les décisions.
- **Prévoir un échéancier suivi** : planifier des rencontres, expliquer le déroulement de la démarche, effectuer de façon régulière des points d'avancées avec la Direction.

---

<sup>59</sup> BALY, O, CAZIN, L, DESPATIN, J, KLETZ, F, PERIAC, E, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Éditions Presse des mines, collection Économie et gestion, Paris, 2016, p.95.  
Laetitia FAUQUEUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

- **Réfléchir à la mise en place d'indicateurs pertinents** proposés par l'encadrement et réajustés avec la Direction des soins.
- **Rencontrer les acteurs médicaux et les équipes soignantes** en présence de l'encadrement. Faire adhérer et engager les professionnels demande du temps, de l'écoute, de la reconnaissance et le partage des difficultés de chacun.
- **Responsabiliser l'encadrement en les rendant acteur de la démarche** : apprécier leur autonomie, partager et valoriser leurs compétences à chaque étape du projet, les sensibiliser à d'autres types de management favorables à la relation sociale.
- **Inviter l'encadrement à s'appuyer sur les propositions du personnel** : communiquer régulièrement sur les actions envisagées, les aider à mettre en place les organisations en créant les conditions favorables de réalisation et s'assurer de la mise en place pertinente et réglementaire des organisations. C'est donc reconnaître les initiatives prises par les professionnels sur le terrain.
- **Concilier l'optimisation des organisations à l'aide d'une QVT co-construite avec les agents** : accompagner les cadres à adapter un management situationnel, être un leader positif, objectiver les actions et partager les retours d'expériences.
- **Favoriser le dialogue social et l'expression des salariés** : engager les cadres dans une démarche de QVT, redonner du sens et un support plus important à la réussite collective.
- **Favoriser la formation de groupes de travail** : impliquer les RH à réfléchir à leurs outils de travail, leur donner le pouvoir de changer les organisations, de les améliorer.
- **Laisser le temps des transformations progressives si possible**, en laissant aux acteurs le soin de s'approprier et de s'acculturer la démarche.
- **Évaluer, apprécier et reconnaître les résultats** en collaboration avec l'encadrement. C'est coordonner les actions, remobiliser les professionnels en valorisant le travail accompli et en mettant en évidence les réussites en les partageant avec l'institution. C'est reconnaître les compétences acquises et celles à développer et proposer des formations pour continuer de s'adapter à l'évolution de l'environnement.

Les convictions renforcent les motivations et l'envie de s'engager. Il est donc essentiel de redonner du sens et de reconnaître le travail pour redonner sens aux organisations et engendrer de nouveaux comportements pour une réussite collective souhaitée.

## Conclusion

Ce travail de recherche nous a permis de mesurer et de prendre conscience des liens qui existent entre performance et bien-être au travail. Les différents concepts abordés : la performance organisationnelle, le leadership et la QVT ainsi que l'enquête de terrain nous interrogent sur nos propres pratiques et nous ouvrent la voie d'un autre regard sur le travail bienveillant, vecteur de réussite collective.

L'encadrement a un rôle déterminant dans les nouvelles organisations à mettre en place car il est proche du terrain, connaît le personnel, les difficultés et les sensibilités d'un secteur. L'environnement hospitalier, appréhendé par les professionnels de santé, entraîne une perte de sens et crée des dysfonctionnements des organisations de travail. L'enjeu du DS est de changer les représentations des professionnels, de manager différemment en accompagnant les CDS à se saisir des opportunités du changement organisationnel envisagé.

Donner la confiance nécessaire et le soutien attendu permettront de développer de l'autonomie responsable et de porter les cadres et les soignants vers plus de réflexivité dans les projets. La co-construction des organisations de travail par les acteurs eux-mêmes est un axe stratégique qui engage, contribue à l'adhésion des personnels et favorise la prise d'initiatives organisationnelles innovantes. L'engagement des professionnels est donc source de performance, de réflexion collective et permet une certaine approche novatrice dans le travail. « *La performance ne repose pas seulement sur la volonté des professionnels de bien remplir leur mission mais sur la capacité des organisations à favoriser les choix collectifs sur les priorités et à réunir les conditions pour permettre une bonne qualité de travail* »<sup>60</sup>.

Le DS a pour rôle de faire advenir les projets dans les meilleures conditions de réussite possible pour l'institution et pour l'investissement des personnels sans perdre de vue les résultats attendus. Il doit continuer, au regard des enjeux institutionnels, d'optimiser et de satisfaire le parcours du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Il est nécessaire de trouver un point d'équilibre entre la performance organisationnelle et la QVT, notions au départ perçues incompatibles pour que « *chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines* »<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> Guide, 10 questions sur... *La qualité de vie au travail dans les établissements de santé*, op. cit., préambule.

<sup>61</sup> Accord National Interprofessionnel – Qualité de vie au travail, 19 juin 2013, Titre II, article 1.  
Laetitia FAUQUEUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

Aujourd'hui, soigner le travail est une prérogative à la réussite collective des projets et permet de veiller au bien-être des agents. Rechercher une QVT durable et une certaine acculturation des changements incitent à réfléchir à la mise en place d'une démarche de QVT au regard des bénéfices démontrés sur la performance globale de l'organisation. La QVT favorise la performance et la continuité des nouvelles organisations par l'engagement des professionnels de santé, tout comme la performance organisationnelle est l'opportunité de repenser le travail différemment et donc contribue à améliorer la QVT. Par conséquent, « *si les établissements veulent mener de pair : performance, qualité des soins et qualité de vie au travail, ils auront à établir un diagnostic de l'existant et à mettre en place une vision partagée du futur, soutenue à la fois par un management de proximité et de la logistique [...]. Ces nouveaux modes de fonctionnement et ces outils auront pour but d'encourager le lien social, la compétence collective au service des patients* »<sup>62</sup>.

L'épanouissement professionnel sera une valeur ajoutée incontournable à la mise en œuvre d'une performance efficiente collective des organisations et donc d'une prise en charge de qualité du patient. C'est une voie managériale à envisager pour faire de l'établissement « *un lieu où il fait bon vivre sa vie professionnelle et un lieu de production d'un service public bon pour l'usager et le citoyen* »<sup>63</sup> dans un environnement de travail attractif pour le personnel soignant. Savoir créer une nouvelle vision du changement afin d'engager les acteurs concernés dans de nouvelles pratiques, de nouvelles façons de concevoir le soin est de notre responsabilité. Les différentes mutations organisationnelles à venir notamment par la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, redessinent les parcours de soins et donc les organisations. Le DS a pour mission de coordonner ces nouvelles perspectives, d'obtenir des résultats efficaces durables en s'appuyant sur un encadrement compétent, autonome, moteur de changements innovants où chacun s'inscrit dans une dynamique de travail favorisant la conciliation de la performance organisationnelle et de la QVT des professionnels de santé. Cela demande un autre regard managérial et une autre façon d'accompagner la richesse humaine au travail : « *L'humain d'abord, c'est donc savoir écouter, se nourrir de la richesse de chacun pour une co-construction déclinée ici sous différents angles. Chacun a sa place dans cette intelligence collective, [...]. Il faut assimiler nos faiblesses individuelles et le droit à l'erreur, en rappelant que les solutions se trouvent d'abord et surtout dans un travail collectif* »<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> BENOÎT, C, *op. cit.*, p.9-10.

<sup>63</sup> BACHELARD, O, *op. cit.*, p.132.

<sup>64</sup> DEHAIES, J-L, DELHON, L, *L'humain d'abord, pour des professionnels bien traités et bien traitants*, collection Regards croisés, Presses de l'EHESP, octobre 2017.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- AUTISSIER, D, MOUTOT, J-M, *Méthode de conduite du changement, diagnostic, accompagnement, performance*, Éditions Dunod, Malakoff, 2016.
- BALY, O, CAZIN, L, DESPATIN, J, KLETZ, F, PERIAC, E, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Éditions Presse des mines, collection Économie et gestion, Paris, 2016.
- BACHELARD, O, *Le bien-être au travail, Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2017.
- BLANCHET, A, GOTMAN, A, *L'enquête et ses méthodes, L'entretien*, 2<sup>ème</sup> édition refondue, Éditions Armand Colin, Paris, 2007.
- BENOÎT, C, *Manager un établissement de santé : la logique au service de l'humain*, Éditions Gereso, Le Mans, 2012.
- BOURDU, É, PÉRETIÉ, M-M, RICHER, M, *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail*, Éditions Presses des Mines, Paris, 2016.
- BRUNELLE, Y, *Pratiques et Organisations des Soins*, numéro 1, volume 40, CNAMTS.
- CREUSIER, J, *Introduction*, in BACHELARD, O, *op. cit.*
- CROZIER, M, FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, Paris, 1981.
- DEHAIES, J-L, DELHON, L, *L'humain d'abord, pour des professionnels bien traités et bien traitants*, collection Regards croisés, Presses de l'EHESP, octobre 2017.
- FERMON, B, GRANDJEAN, P, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Éditions Dunod, Malakoff, 2015.
- FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *Réinventer le leadership*, Collection Académie des Sciences du Management de Paris, Éditions Management et Société, Caen, 2017.
- GETZ, I, *Réflexions sur le leadership positif*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*
- LIGER, P, ROHOU, G, *L'empowerment, donner aux salariés le pouvoir d'initiative*, Éditions Dunod, Paris, 2016.
- MONTREUIL, É, *Prévenir les risques psychosociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Éditions Dunod, Malakoff, 2017.
- NADISIC, T, *Le leadership juste*, chapitre 9, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *op. cit.*

- NOGUERA, F, PLANE, J-M, *Le leadership, recherches et pratiques*, Éditions Magnard et Vuibert, Paris, avril 2016.
- ROJOT, J, ROUSSEL, P, VANDENBERGHE, C, *Comportement organisationnel, Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*, volume 3, Éditions De Boeck Université, Bruxelles, 2009.
- SINGLY, C de, *Le « soin » juste sous contrainte économique à l'hôpital*, in HIRSCH, E, *Éthique, médecine et société*, Paris, Éditions Vuibert, 2007.
- THÉVENET, M, *Le leadership controversé*, in FRIMOUSSE, S, LE BIHAN, Y, *Réinventer le leadership*, Collection Académie des Sciences du Management de Paris, Éditions Management et Société, Caen, 2017.

### **Sources internet :**

- ARACT Martinique, *ELVIE, un outil de diagnostic et de prévention des RPS*, Fort-de-France, 2003. [www.walterhego.fr/documents/souffrance/souffrance3.pdf](http://www.walterhego.fr/documents/souffrance/souffrance3.pdf).
- Accord National Interprofessionnel – Qualité de vie au travail, 19 juin 2013, Titre II, article 2, [www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr).
- *Pensées et citations sur la qualité et le management*, [bazin-conseil.fr/pensees.html](http://bazin-conseil.fr/pensees.html).
- BOILEAU-DEPRÉAUX, N, *Recueil Art Poétique*, Chants 1, 1674, [dicocitations.lemonde.fr](http://dicocitations.lemonde.fr).
- Guide, *10 questions sur... La qualité de vie au travail dans les établissements de santé*, Conception et réalisation Médiacité, Anact, Lyon, 2015. <https://www.has.sante.fr/.../10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante>.
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Indicateurs\\_de\\_performance\\_organisationnelle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Indicateurs_de_performance_organisationnelle)
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Santé>
- <https://www.has-sante.fr/portail/.../le-webzine-de-la-has-l-actu-du-18-septembre-2017>, *Qualité de vie au travail – Premiers résultats des actions menées*.

### **Support de cours :**

- HALNA, L, PADELLEC, M-R, Directeurs des Soins, Intervention à l'EHESP, *Adaptation des organisations et de la prise en charge du patient, ordonnancement du parcours du patient*, UE 10, Rennes, 19 avril 2017.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 - Les six facteurs de RPS – Indicateurs GOLLAC

Annexe 2 - Modèle intégrateur de recherche sur la TAD appliquée au travail

Annexe 3 - Grilles d'entretien :

3-1 - conçue pour les directeurs des soins

3-2 - conçue pour l'encadrement

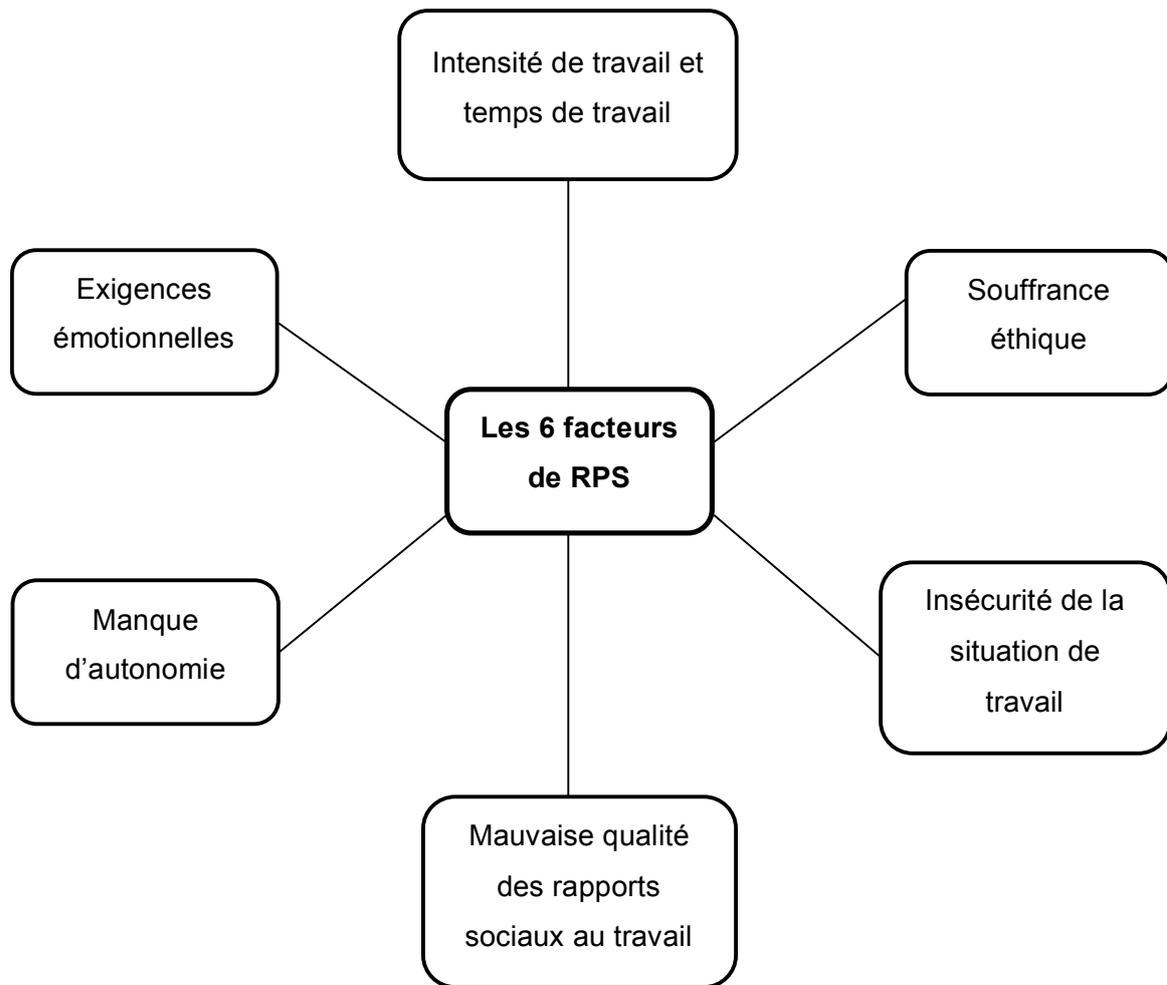
3-3 - conçue pour les praticiens hospitaliers

Annexe 4 - Résultats de l'enquête :

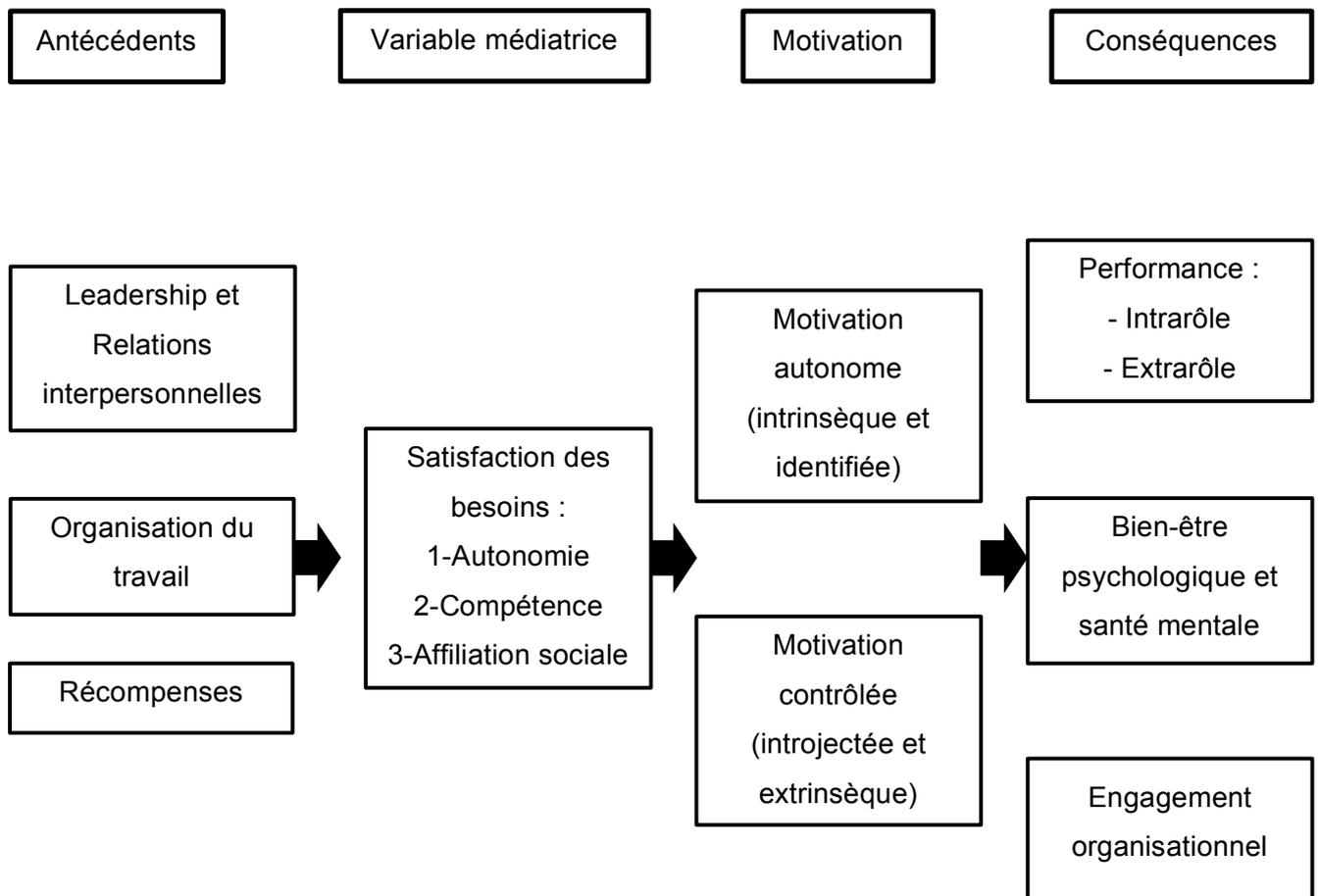
4-1 - Résultats de l'étude

4-2 - Résultats visuels de l'étude

Annexe 1 - Les six facteurs de RPS – Indicateurs GOLLAC



Annexe 2 – Modèle intégrateur de recherches sur la théorie de l'autodétermination  
appliquée au travail



### Annexe 3-1 – Grille d'entretien conçue pour les directeurs des soins

**Question générale** - présentation succincte de l'interviewé : parcours professionnel, âge, ancienneté dans la fonction, mobilité interne.

Question 1 : Avez-vous mené des réorganisations ?

Question 2 : Dans quel cadre ? Quels étaient les objectifs ?

Question 3 : Quels types d'organisation ont été mis en place ?

Question 4 : Quelle a été la méthodologie suivie ?

Question 5 : Quels ont été les facteurs de réussite ?

Question 6 : Quelles ont été les résistances ou difficultés rencontrées ?

Question 7 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

Question 8 : Sur quels principes vous êtes-vous appuyé pour ces réorganisations ?

Question 9 : Que diriez-vous du vécu des équipes ?

Question 10 : Quelles étaient leurs attentes dans le cadre de la réorganisation ?

Question 11 : Quelles sont vos attentes auprès de l'encadrement ?

Question 12 : Les avez-vous accompagnées ? Comment ?

Question 13 : Les RPS et leur prévention sont-ils pris en compte ? Plus que l'optimisation des organisations ? Pourquoi ?

Question 14 : Le bien-être au travail est-il important à prendre en compte ? Pourquoi ?

Question 15 : Existait-il des liens avec les partenaires sociaux ?

Question 16 : Quels acteurs sont impliqués dans les projets de réorganisation ? Quelle place et collaboration ont les acteurs ?

Question 17 : Quelle évaluation faites-vous du projet ?

Question 18 : Avec du recul, vous y prendriez-vous autrement ?

## Annexe 3-2 – Grille d’entretien conçue pour l’encadrement

**Question générale** - présentation succincte de l’interviewé, parcours professionnel, âge, ancienneté dans la fonction, mobilité interne.

Question 1 : Avez-vous mené des réorganisations ?

Question 2 : Dans quel cadre ? Quels étaient les objectifs ?

Question 3 : Quels types d’organisation ont été mis en place ?

Question 4 : Quelle méthodologie avez-vous utilisée ?

Question 5 : Pensez-vous avoir réussi cette organisation ?

Question 6 : Qu’est-ce qui a fonctionné ? Pourquoi ?

Question 7 : Qu’est-ce qui n’a pas fonctionné ? Pourquoi ?

Question 8 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

Question 9 : Sur quels principes vous appuyez-vous pour tout projet de réorganisation ?

Question 10 : Que diriez-vous du vécu des équipes ?

Question 11 : Quelles étaient leurs attentes dans le cadre de la réorganisation ?

Question 12 : Les avez-vous associées à la démarche ? Comment ?

Question 13 : Les avez-vous accompagnées ? Comment ?

Question 14 : Les RPS et leur prévention sont-ils pris en compte ? Plus que l’optimisation des organisations ? Pourquoi ?

Question 15 : Le bien-être au travail est-il important à prendre en compte ? Pourquoi ?

Question 16 : Existait-il des liens avec les partenaires sociaux ?

Question 17 : Quels acteurs sont impliqués dans les projets de réorganisation ? Quelle place et collaboration ont les acteurs ?

Question 18 : Quelle évaluation faites-vous du projet ?

Question 19 : Avec du recul, vous y prendriez-vous autrement ?

### Annexe 3-3 – Grille d’entretien conçue pour les praticiens hospitaliers

**Question générale** - présentation succincte de l’interviewé : parcours professionnel, âge, ancienneté dans la fonction, mobilité interne.

Question 1 : Y a-t-il eu des réorganisations dans votre service ?

Question 2 : Savez-vous quels types d’organisation ont été mis en place ?

Question 3 : Quelle a été la méthodologie suivie ?

Question 4 : La répartition des personnels vous a t-elle satisfaite ?

Question 5 : Pensez-vous que cette réorganisation a eu un impact sur la prise en charge des patients ? Si oui, laquelle ?

Question 6 : Pensez-vous que le projet soit une réussite ?

Question 7 : D’après vous, qu’est-ce qui a fonctionné ? Pourquoi ?

Question 8 : Qu’est-ce qui n’a pas marché ? Pourquoi ?

Question 9 : Sur quels principes faut-il s’appuyer pour ces réorganisations ?

Question 10 : Avez-vous été partie prenante du projet ?

Question 11 : Que diriez-vous du vécu des équipes soignantes ?

Question 12 : Savez-vous quelles étaient leurs attentes dans le cadre de la réorganisation ?

Question 13 : Quelles sont vos attentes auprès de l’encadrement ?

Question 14 : Existe-t-il une articulation médico-soignante ?

Question 15 : Le bien-être au travail est-il important à prendre en compte ? Pourquoi ?

Question 16 : Quels acteurs sont impliqués dans les projets de réorganisation ? Quelle place et collaboration ont les acteurs ?

Question 17 : Quelle évaluation faites-vous du projet ?

Question 18 : Avec du recul, auriez-vous souhaité une méthodologie différente ?

## Annexe 4-1 - Résultats de l'étude

### 1 - Présentation succincte des interviewés :

Agents	Tranches d'âges	Ancienneté	CH/CHU	Mobilité interne	Filières
2 PH	29 à 39 ans : 50% > 60 ans : 50%	> 10 ans : 50% > 20 ans : 50%	100% CHU	PUPH > 8 ans Médecine : 50% Chirurgie : 50%	Médicale, hospitalo-universitaire : 100%
5 DS	49 à 59 ans : 60% > 59 ans : 40%	> 10 ans : 60% > 3 ans : 40%	80% CHU 20% CH	Même poste : 60% Changements : 40%	Infirmière (IDE) : 40% Manipulateur radio : 20% IDE puéricultrice : 20% IDE IADE : 20%
4 CSS	39 à 49 ans : 25% 49 à 59 ans : 75%	> 3 ans : 25% > 5 ans : 25% > 10 ans : 25% < 1 an : 25%	100% CHU	Même poste : 75% Changements : 25%	IDE : 50% IDE puéricultrice : 25% IBODE : 25%
3 CDS	29 à 39 ans : 100%	< 5 ans : 66% > 5 ans : 33%	100% CH	Même poste : 66% Changements : 33%	IDE : 100%

### 2 - Réorganisations menées :

Praticiens Hospitaliers (PH)	100%
Directeurs des Soins (DS)	100%
Cadres Supérieurs de Santé (CSS)	100%
Cadres de Santé (CDS)	100%

### 3 - Types d'organisations mises en place :

	PH	DS	CSS	CDS	Moyenne (MOY)
<b>Mutualisations</b>	100%	100%	100%	100%	100%
Réorganisations architecturales	50%	100%	75%	66%	78,5%
Ouverture et extension d'unités		100%	75%	100%	78,5%
Redimensionnement des effectifs		100%	100%	33%	71,42%

#### 4 - Méthodologie suivie :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
Ordonnancement		20%			7,1%
Benchmark		80%	75%		50%
<b>Conduite de projet</b>		80%	100%	66%	71,4%
<b>Travail collaboratif</b>	100%	80%	50%		57,1%
Maquettes organisationnelles		100%			35,7%

#### 5 - Facteurs de réussite :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
<b>Implication de l'ensemble des acteurs</b>	50%	80%	75%	66%	71,4%
<b>Coordination médicale/DS/encadrement</b>		80%	75%	66%	64,2%
Rigueur de planification	50%	40%	50%		42,8%
<b>Communication (réunions, rencontres, temps de communication régulière, transparence du projet)</b>		100%	100%	100%	85,7%
Qualité des soins – vision positive du projet		20%	25%	33%	21,4%
Harmonisation des pratiques/protocoles	50%		25%		14,2%
Culture hospitalière (certification, audits, changements réguliers)		40%			14,2%
Mobilité – Choix de postes		20%	100%		35,7%
Autonomie des acteurs		40%	100%		35,7%
Suivi de projet - Evaluation		80%	50%	66%	57,1%
QVT à prendre en compte			50%		14,2%
Bon encadrement	100%	80%	25%		50%

#### 6 - Difficultés rencontrées :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
Planification trop juste – Attente décision direction		60%	50%	33%	42,8%
<b>GRH / maquettes organisationnelles</b>	50%	60%	25%	66%	50%
<b>Charge en soins / Activité croissante (turnover)</b>	100%	60%	25%	66%	57,1%
<b>« Résistances » au changement / comportement</b>	50%	100%	50%	100%	78,5%
Mobilité / Difficulté de remplacement		20%	25%		14,2%
Passages reconduits en Instance (CTE)		40%			14,2%
Pas de communication régulière, d'accompagnement suffisant sur le terrain, d'explications claires du changement		60%	25%		28,5%

7 - Indicateurs d'appui pour évaluer la réorganisation mise en œuvre :

	DS	CSS	CDS	MOY
<b>Tableaux de bord de l'activité (DMS, taux d'occupation, programmation...)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Taux d'absentéisme</b>	100%	100%	100%	100%
Cartographie des compétences	40%			16,6%
Nombre de passages aux instances	20%	25%		16,6%
Ratio personnels / encadrement	20%			8,3%
Nombre de plaintes, de déclaration d'évènements indésirables	40%	25%		25%
Données sociales (âge des soignants, mobilité, nombre de postulants pour un poste...)	40%	100%		50%
Demande étudiant (IFSI) comme terrain de stage	20%			8,3%
Délai d'attente des patients pour être pris en charge		50%	33%	25%
Questionnaire de satisfaction pour les soignants		25%	33%	16,6%
Nombre de rencontres avec les agents	20%	25%	33%	25%

8 - Vécu des équipes :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
Sentiment de baisse de la QVT et de la qualité des soins	100%				14,2%
<b>Activités diversifiées / Besoin de compétences</b>	100%	80%	50%	66%	71,4%
Plus de relationnels / contacts	50%		25%	33%	21,4%
Souffrance au travail	50%		50%	33%	28,5%
Plaisir au travail (renouveau)		20%	25%	100%	35,7%
<b>Appréhension du changement</b>		100%	100%	66%	78,5%
Sens professionnel – continuité des soins			75%	33%	28,5%
<b>Contraintes RH</b>		100%	100%	33%	71,4%
Attente décision de la Direction, « trop de temps perçu »			50%	66%	28,5%
Perte de sens, de cohérence			50%		14,2%
Nécessité d'associer le corps médical		40%	75%	33%	42,8%
Réorganisation bien vécue si sécurité et qualité des soins			75%	100%	42,8%
Charge de travail plus importante			50%	100%	35,7%

9 - Attentes des professionnels :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
Ne rien changer			75%	100%	42,8%
<b>De l'écoute</b>		80%	100%	100%	78,5%
Reconnaissance, valorisation du travail	50%	40%	75%	66%	64,2%
Communication (argumentation, ligne conductrice claire)		80%	100%	66%	71,4%
<b>Qualité des soins, amélioration des prises en charge</b>		100%	100%	100%	85,7%
Davantage d'activité	100%				14,8%
RH suffisant, équité		60%	100%	66%	64,5%
Accompagnement, soutien de l'encadrement, de la Direction des soins et de la Direction (besoin de décision)		60%	100%	100%	71,4%
Articulation médico-soignante			50%	66%	28,5%
Attractivité planning, confort de travail		60%	100%	100%	71,4%
Encadrement compétent	50%	100%	75%		71,4%
Formation (choix, mobilité)		80%	75%	66%	64,2%
Suivi du projet / Evaluation à distance		40%	50%	33%	35,7%
Possibilité de revenir en arrière (test) / Plus de souplesse		40%	50%	33%	35,7%

10 - Attentes auprès de l'encadrement :

	PH	DS	MOY
<b>Positionnement</b>	100%	100%	100%
Formations – Compétences	50%	80%	71,4%
Mobilité		40%	28,5%
Loyauté – Cohérence - Confiance		80%	57,1%
Prêt à être accompagné		20%	14,2%

11 - Principes en évidence pour mener des réorganisations :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
<b>Qualité de prise en charge du patient – Qualité et sécurité des soins – Amélioration de la prise en charge</b>	100%	100%	100%	100%	100%
Maintenir une QVT pour les professionnels de santé		40%			14,2%
Conserver un bon climat social		40%		66%	28,5%
Place et collaboration indispensables des acteurs		60%	50%		35,7%
<b>Communication</b>	50%	100%	100%	100%	92,8%
Transparence - Equité - Loyauté		60%		33%	28,5%

## 12 - Prévention des RPS :

	DS	CSS	CDS	MOY
<b>Prioritaire autant que l'optimisation des réorganisations</b>	100%	100%	100%	100%
Par un accompagnement institutionnel – collectif et individuel	40%	75%	100%	66,6%
<b>Afin d'éviter l'arrêt maladie (souplesse, négociation)</b>	40%	100%	100%	75%
Par une étude de la charge de travail	20%		33%	16,6%
Plannings négociés, équilibrés, souples → satisfaction du personnel	40%	75%	100%	66,6%

## 13 - Liens avec les partenaires sociaux :

	DS	CSS	CDS	MOY
<b>Rôle des syndicats d'être en désaccord</b>	40%	100%	100%	75%
En attente des planifications horaires des services	20%	50%	66%	41,6%
Dialogue à conserver notamment pour l'accompagnement individuel	80%	25%		41,6%
Pas de négociation en amont des instances, ni trop d'information	60%	25%		33,3%
Levier stratégique	20%	50%		25%

## 14 - Place et collaboration des acteurs :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
<u>Equipes de Direction</u> (directeur de pôle, DRH, Direction finances) : soutien, point majeur incontournable, implication		100%	75%	33%	64,2%
<u>Chefs de pôle</u> : appui médical, relations constructives, travail collaboratif avec l'encadrement, collaboration médico-soignante		80%	100%	33%	64,2%
<b><u>Direction des soins</u> : liens avec l'encadrement, règles claires posées</b>		100%	100%	100%	85,7%
<b><u>CSS</u> : proximité terrain, faisabilité du projet, confiance, relationnel, lien avec la Direction des soins, réflexion apportée sur les maquettes organisationnelles, respect des missions</b>	100%	100%	100%	100%	100%
<u>Représentants syndicaux</u> : temps d'échange, partage, contribue à diminuer certaines inquiétudes vécues par les agents		40%	50%		28,5%
<b><u>Les soignants</u> : implication</b>		80%	75%	100%	71,4%

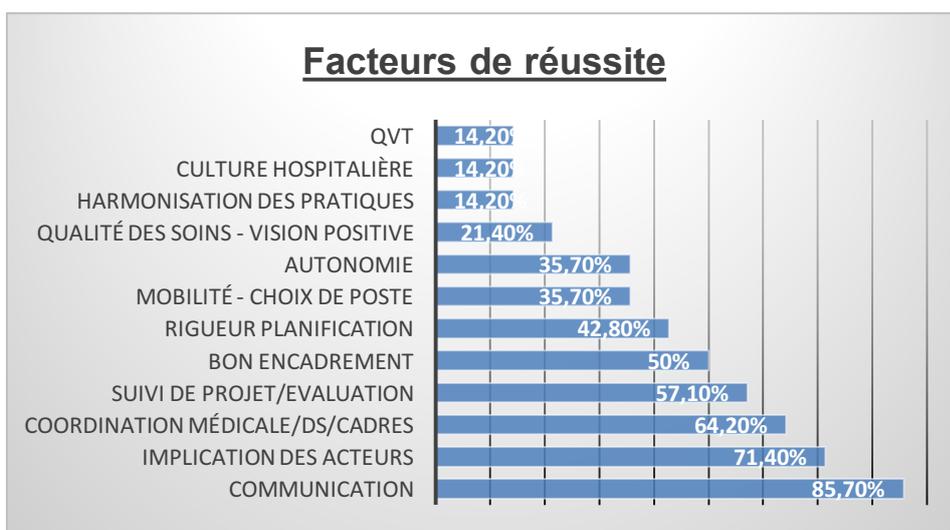
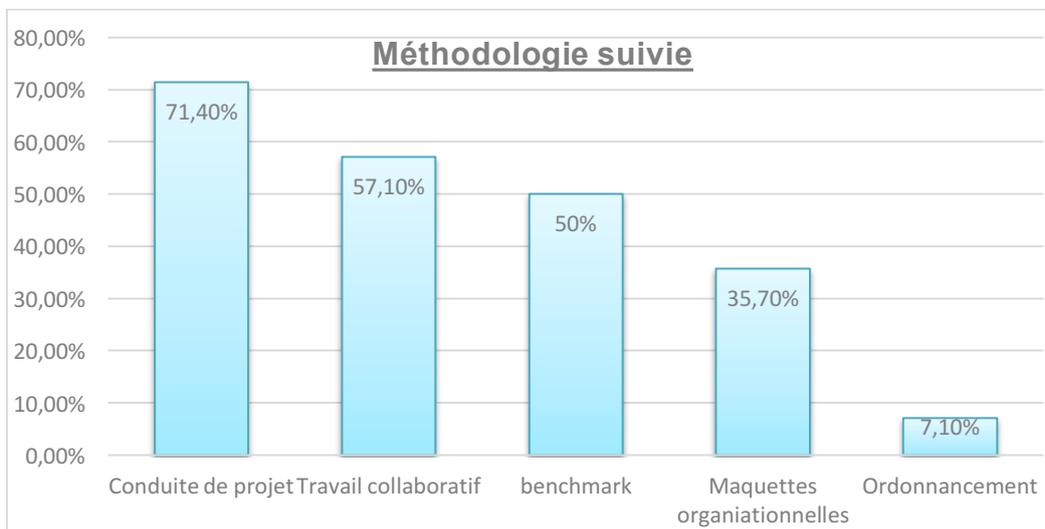
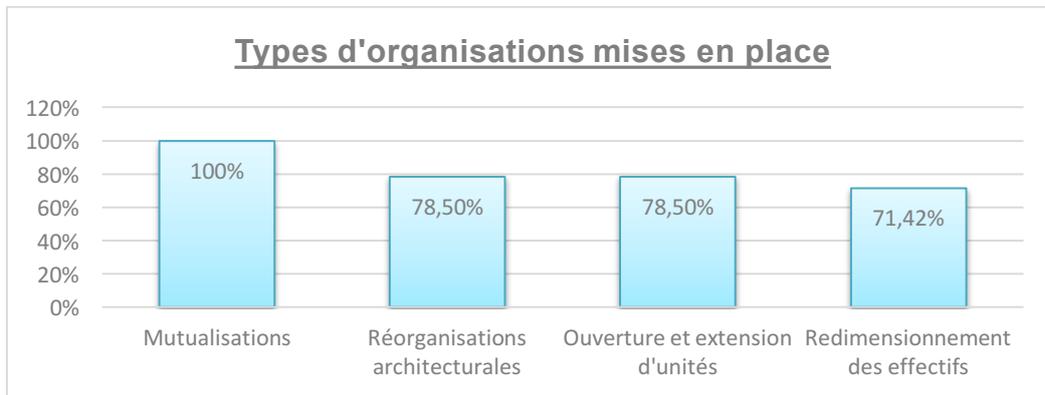
15 - Evaluation des projets - approche différente à distance :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
<b>OUI</b>	50%	80%	75%	100%	78,5%
NON	50%	20%	25%		21,4%

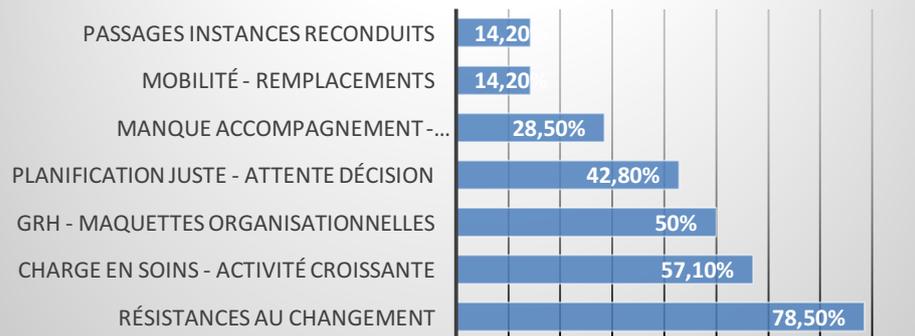
16 – Actions d'amélioration envisagées à distance :

	PH	DS	CSS	CDS	MOY
Plus de rapidité dans la mise en œuvre		40%	50%	66%	42,8%
<b>Meilleure communication</b>		80%	75%	100%	71,4%
Direction souhaitée davantage sur le « terrain »		40%	25%		21,4%
<b>Présentation différente du projet dès le départ</b>	50%	60%	75%	33%	57,1%
Proposition d'évolution des postes en compétences	50%	60%	75%		50%
<b>Impliquer davantage les RH, co-construction/équipes</b>	50%	80%	50%	33%	57,1%
Plus d'anticipation		20%	75%		28,5%
Créativité, innovation		20%			7,1%

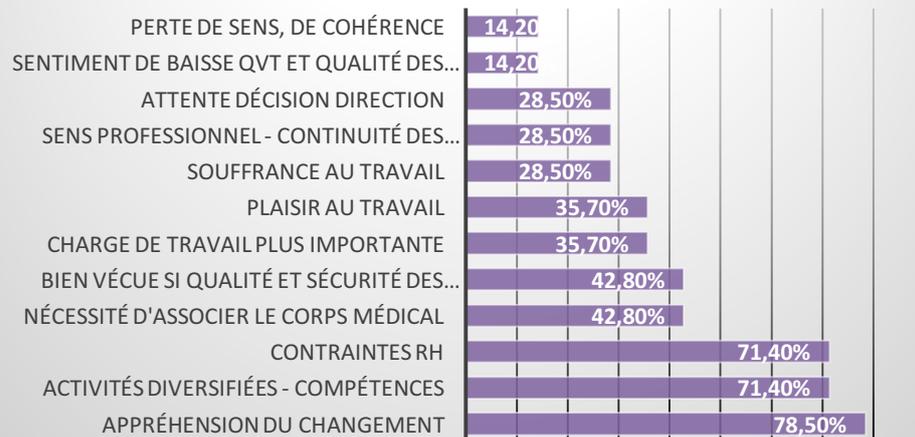
## Annexe 4-2 - Résultats visuels de l'étude



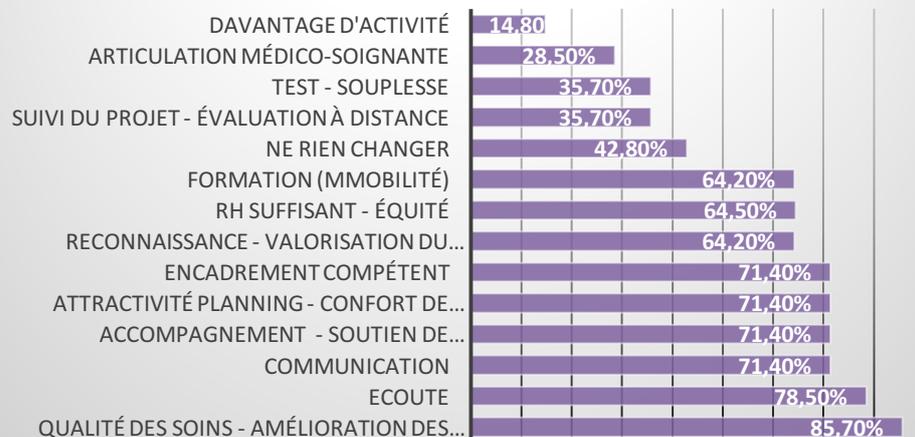
## Difficultés rencontrées



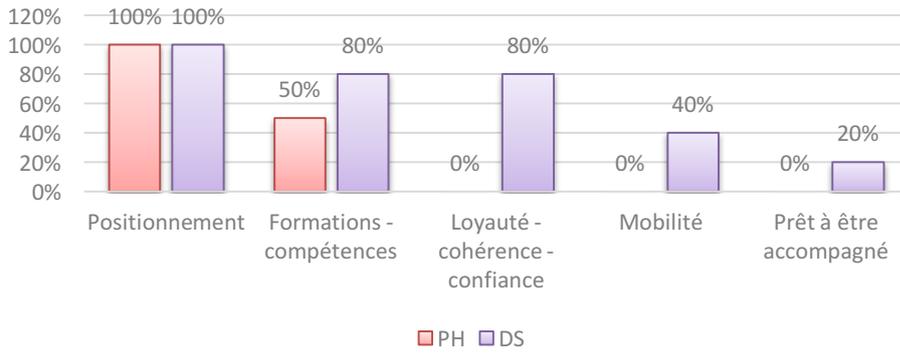
## Vécu des équipes



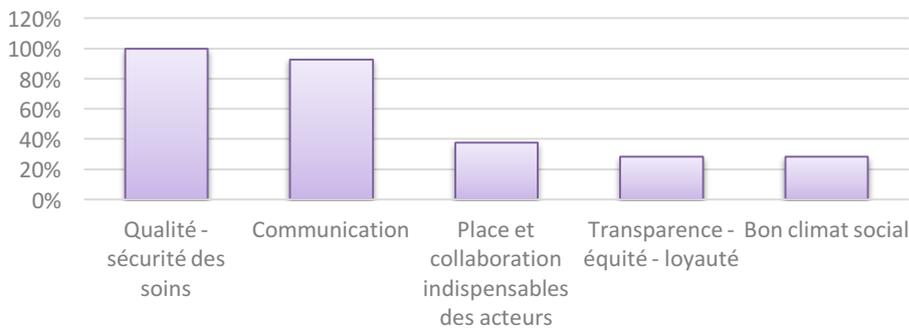
## Attentes des professionnels



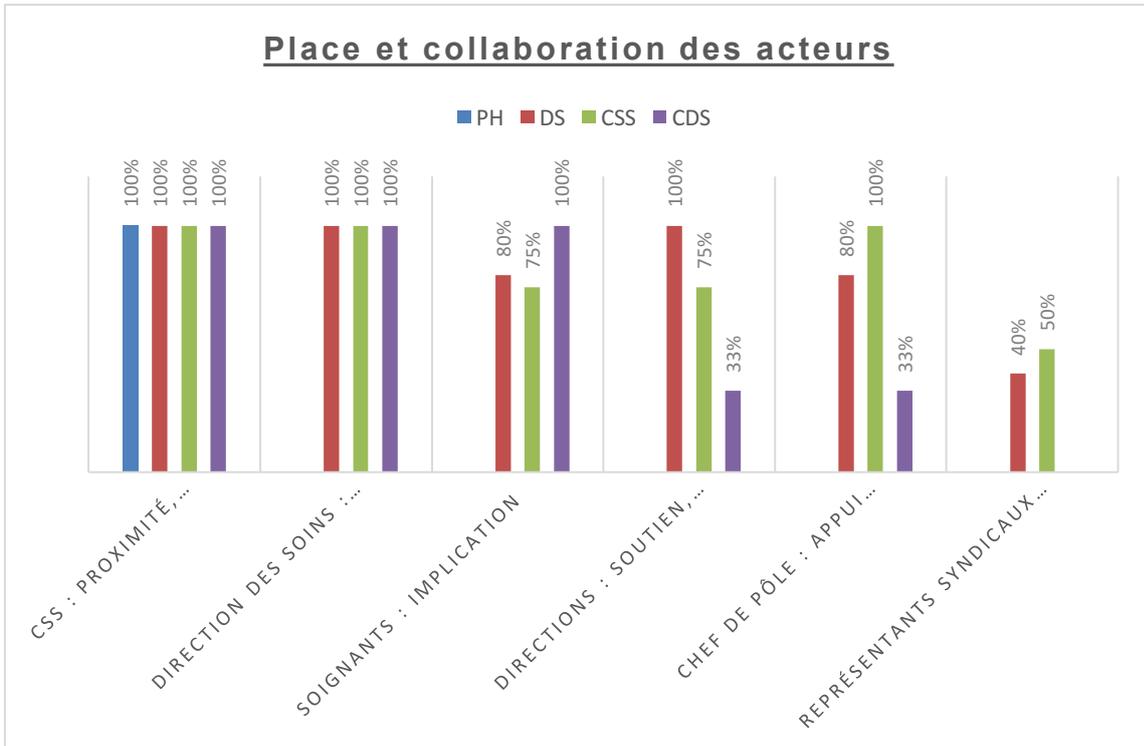
### Attentes auprès de l'encadrement



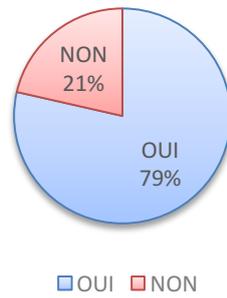
### Principes mis en évidence



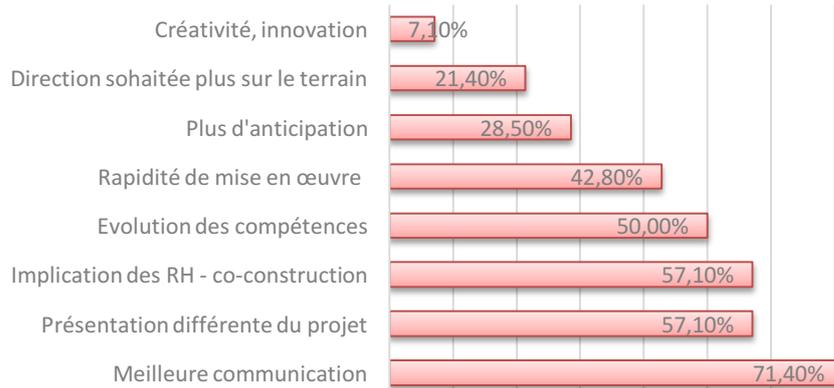
### Place et collaboration des acteurs



### Evaluation : approche différente à distance ?



### Actions d'amélioration envisagées



FAUQUEUR

Laetitia

Décembre 2017

## Directeur des Soins

Promotion 2017

# Performance organisationnelle et qualité de vie au travail : un enjeu pour le Directeur des Soins

### **Résumé :**

La nécessaire rapidité d'adaptation à des organisations efficaces et la sécurisation pour le patient conduisent les acteurs de santé à appréhender leur environnement. Les soignants ont besoin, dans toute cette mouvance hospitalière, de continuer à trouver du sens au travail pour s'épanouir professionnellement.

Le Directeur des soins a un rôle majeur dans les mises en œuvre de nouvelles réorganisations à mener dans un milieu de plus en plus contraint sur la qualité de prise en charge des patients et sur le plan économique. L'encadrement, relais de la Direction des soins, porte ces projets auprès des professionnels de santé. Les cadres doivent impulser cette dynamique pour continuer de motiver les professionnels de santé. Cependant, face aux perceptions de souffrance au travail, de perte de convictions et de promotion de qualité de vie au travail, cette étude de recherche pose la problématique suivante : « En quoi le Directeur des soins, en accompagnant la performance organisationnelle auprès de l'encadrement, peut-il contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels ? ».

Des liens existent entre performance organisationnelle et qualité de vie au travail. L'implication des ressources humaines est un élément central de réussite collective. L'attention portée par la Direction et l'encadrement permettent de donner du sens aux projets, de développer une autonomie responsable de travail, de porter les professionnels vers plus de réflexivité dans les projets de réorganisation. Elle contribue à offrir une prestation de qualité au bénéfice du patient, au cœur de ces enjeux.

Co-construire grâce à une intelligence collective, c'est faire des ressources humaines une richesse humaine de travail, réel enjeu pour le Directeur des soins s'il veut concilier à la fois performance organisationnelle et qualité de vie au travail.

### **Mots clés :**

Performance organisationnelle – Leadership – Qualité de vie au travail – Risques psycho-sociaux – Co-construction

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*