



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**Agir pour la Qualité de Vie au Travail
des managers en établissement
public de santé**

Guillaume Vassé

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier les acteurs du CHD Vendée qui ont permis à la mise en place et participé de la démarche QVT managers dans l'établissement, notamment Sandra et Jean-Michel qui ont fait et font murir ce projet. Je remercie particulièrement mon maître de stage, Bernard Lacour, pour sa bienveillance, son écoute et ses conseils pour le déroulement du stage et pour ce sujet de mémoire.

Je remercie également Yannick, manager investie pour ses échanges riches ainsi que Arianne de Carheil, manager convaincue, pour avoir cru à la démarche et qui a été soutien et source de précieux conseils tout au long de mes réflexions.

Je remercie enfin, Danielle Toupillier qui m'a consacré du temps afin de m'aider à développer ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION :	1
1 Le contexte managérial des établissements publics de santé exige aujourd'hui d'agir pour améliorer la qualité de vie au travail des manager	4
1.1 Le contexte managérial en mouvement des établissements de santé impacte le management et le métier de manager	4
1.1.1 Une mutation profonde du management en établissement public de santé....	4
A) L'exigence paradoxale d'efficacité économique et d'amélioration de la qualité de vie au travail : nouvelle « dimension financière » du management.....	4
B) Un management confronté au temps : nouvelle dimension temporelle du management	5
C) Le dimensionnement territorial hospitalier : nouvelle dimension spatiale du management	5
1.1.2 Être un manager aujourd'hui en établissement public de santé.....	6
A) Un manager hospitalier aujourd'hui pluri-compétent, pilier du management, porteur du changement à l'hôpital.....	6
B) Un manager hospitalier de plus en plus sujet au mal-être et à la souffrance au travail.....	9
a) <i>La considération et le positionnement du manager</i>	9
b) <i>La charge de travail du manager : la pression et la performance managériale</i>	11
c) <i>L'isolement du manager et le besoin d'accompagnement managérial</i>	12
1.2 La Qualité de Vie au Travail des managers, un enjeu collectif pour un établissement de santé	14
1.2.1 Le mal-être au travail du manager : impacts et répercussions sur l'établissement et les équipes	14
A) La transmission de la charge émotionnelle du manager.....	14
B) Le désengagement du manager	15
C) Impact de l'éloignement du manager	17
D) Conséquences sur la performance et les missions de l'établissement	17
1.2.2 Le bien-être au travail du manager : leviers et forces pour l'établissement et les équipes	20

A)	Un levier pour améliorer les conditions de travail des équipes et prévenir les risques psychosociaux.....	20
B)	Une source d'innovation managériale pour l'établissement	20
C)	Les managers animateurs et leviers de la QVT dans l'établissement	22
2	Une démarche Qualité de Vie au Travail ciblée managers : approche, méthodologie et outils développés auprès des managers de proximité du CHD VENDEE	25
2.1	Construire une démarche établissement : La démarche QVT Managers au Centre Hospitalier Départemental Vendée : démarche ciblée managers non médicaux de proximité	25
2.1.1	Construction de la démarche.....	25
A)	<i>Une approche démarche QVT managers ciblée et spécifique</i>	<i>25</i>
a)	<i>La prise en compte du contexte de l'établissement.....</i>	<i>25</i>
b)	<i>La mobilisation d'actions et leviers existants.....</i>	<i>26</i>
c)	<i>Le choix d'une philosophie spécifique pour la démarche.....</i>	<i>28</i>
B)	<i>Une composition de groupes et mobilisation d'acteurs pour des objectifs et résultats attendus.....</i>	<i>29</i>
a)	<i>Détermination des groupes cibles.....</i>	<i>29</i>
b)	<i>Mobilisation des acteurs pour la conception et l'animation</i>	<i>29</i>
c)	<i>Objectifs et résultats attendus de la démarche.....</i>	<i>30</i>
2.1.2	Outils et méthode développés : mobiliser, s'investir, innover	31
A)	<i>Mobiliser, interroger et construire avec les managers.....</i>	<i>31</i>
B)	<i>Focus sur les Espaces de discussion et d'échange entre et pour les managers</i> <i>40</i>	
2.2	Résultats, suivi et limites de la démarche	40
A)	<i>Résultats des ateliers</i>	<i>40</i>
B)	<i>Suivi et poursuite de la démarche</i>	<i>41</i>
C)	<i>Limites de la démarche</i>	<i>41</i>
3	Réflexions et leviers d'amélioration de la QVT managers directeurs et médicaux.....	43
3.1	Pistes et travaux QVT à destination des managers directeurs	43
3.2	Pistes et travaux QVT à destination des managers médicaux	44
	Conclusion	46
	Bibliographie	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANCIM : Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico-techniques
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNG : Centre National de Gestion
COPIL : Comité de Pilotage
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
FHF : Fédération Hospitalière de France
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
INPH : Intersyndicat des Praticiens Hospitaliers
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec
QVT : Qualité de Vie au Travail
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle
T2A : Tarification A l'Activité

INTRODUCTION :

L'hôpital est aujourd'hui confronté à un défi : pouvoir offrir les meilleurs soins à l'ensemble de la population en garantissant les meilleures conditions de travail aux professionnels qui sont chargés de cette lourde mission. Néanmoins, face à une course particulièrement ambitieuse à l'efficience et à la performance, différents rapports, constats ou faits médiatiques montrent une détérioration des conditions de travail dans les établissements publics de santé. Le mal-être et la souffrance au travail touchent l'ensemble des professionnels hospitaliers. L'étude auprès des professionnels de santé portée par la SHAM et publiée en juin 2018¹, montre ainsi une satisfaction moyenne de leur qualité de vie au travail (5,3/10), et 61% estiment que leur situation s'est dégradée au cours des six mois.

Ces derniers rapports présentent les réelles difficultés auxquelles les professionnels de santé font face au travail. Ces études n'abordent en revanche que très peu la place spécifique des managers hospitaliers et ne présentent pas d'analyse précise de leurs conditions de travail. Les managers contribuent à remplir les missions du service hospitalier et concourent aux soins des patients directement ou indirectement et à l'instar des autres professionnels sont tout autant concernés par la qualité de vie au travail et à différents niveaux.

L'exercice en établissement de santé n'est pas le même qu'en structure ou entreprise quelconque. Les spécificités liées à la nature d'un établissement de santé, et davantage s'il est public, sont à considérer notamment pour ses managers. Les valeurs, la vocation, la mission de permanence de soins, la diversité des métiers et la charge émotionnelle sont autant d'éléments qui forment l'environnement particulier du professionnel de santé. Ces valeurs sont celles du soin, de l'exercice soignant et du service public hospitalier. Ce sont ces valeurs qui représentent pour les professionnels hospitaliers une éthique spécifique : l'éthique du soin. L'hôpital est aussi riche par ces différents profils professionnels, plus de 200 métiers sont à manager avec autant de particularités, de cultures et d'aspirations différentes. L'hôpital est donc un lieu de rencontres entre ces différents profils, une rencontre qu'il faut encourager, cerner et manager. Enfin, la charge émotionnelle induite reste importante auprès des équipes de soins. Le contact avec la maladie, la gestion de la souffrance et la relation avec les patients et les familles sont autant d'éléments impactant l'équilibre émotionnel des professionnels dans un établissement de santé qu'il faut gérer et maintenir.

¹ Sham, Sofaxis, Neeria. Hôpital & médico-social - qualité de vie au travail et santé des agents. Risk Management. juin 2018

La Qualité de Vie au Travail des professionnels de santé est donc, sans bousculement structurel ou contrainte supplémentaire, déjà impactée par cet environnement très particulier. Selon la Haute Autorité de Santé, « *La qualité de vie au travail (QVT) en santé regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels* ». La QVT permet de répondre à plusieurs objectifs. Elle prévient les risques psycho-sociaux, assure le bien-être au travail des professionnels, améliore la considération et la participation des professionnels et est une source de motivation, de performance et de productivité. Ces objectifs sont profondément liés au management. Ainsi, agir pour améliorer la QVT des professionnels de santé, c'est « *penser et améliorer le contenu travail²* » ; c'est « *travailler sur le travail* »³. Pour « *accompagner les professionnels* », pour « *penser le travail* », les acteurs mobilisés en première ligne au sein des établissements de santé, sont les managers. Les cadres de santé, les cadres administratifs, logistiques et techniques, les chefs de service, les chefs de pôle, les directeurs adjoints et les chefs d'établissement seront les sources et les piliers d'une démarche QVT pour les professionnels.

La Stratégie nationale d'amélioration de la QVT, « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* », portée et diffusée en 2016 par le ministère chargé de la Santé met en avant la nécessité de s'engager dans des démarches d'amélioration de la QVT ciblées. Les résultats positifs de démarches QVT sont fortement liés à l'implication des managers et le rôle qu'ils ont à jouer en matière de promotion QVT est l'enjeu premier de ces démarches. Le 11 septembre 2017 lors du Colloque Anact-DGOS-HAS « *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Expérimenter, c'est imaginer* » est mis en avant plusieurs pistes de travail : « *prendre le pari de l'intelligence collective et de la capacité de chacun de contribuer, de se remettre en question, de se projeter dans des organisations différentes* », « *trouver une solution ajustée localement* » et « *accompagner toutes les équipes pour que la QVT ne se résume pas à ces seules 3 lettres* ». Ces pistes de travail sont aujourd'hui et demain aux mains des managers.

Néanmoins, se pose la question de la QVT des managers. Lors de la journée nationale de l'ANCIM (Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico-Techniques), le 24 novembre 2017, intitulée « *la qualité de vie au travail des cadres, si on en parlait* », il est précisé que la démarche d'amélioration de la QVT des managers doit aujourd'hui être un axe nécessaire pour la réussite de tout projet QVT au sein des établissements de santé.

² Accord national interprofessionnel (ANI) sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail du 19 juin 2013

³ « *moyen le plus sûr d'améliorer la qualité de vie au travail est de travailler sur le travail* » FHF. Rapport préconisations Qualité de Vie au Travail. 2018

Les managers sont aujourd'hui en première ligne face aux difficultés et aux défis que l'hôpital doit mener. Ils ont une place capitale dans l'accompagnement de la transformation et au changement au sein de l'hôpital public. Ils concourent nécessairement au management d'un travail réorganisé et efficient. Le métier de manager, les missions et les compétences évoluent au rythme d'un management des établissements en mouvement.

Dès lors quels sont les enjeux et les objectifs qui appellent aujourd'hui une démarche ciblée sur l'amélioration qualité de vie au travail des managers en établissement public de santé ? Comment déterminer une stratégie et une démarche efficaces pour tous en la matière ?

Le contexte managérial des établissements publics de santé exige aujourd'hui d'agir pour améliorer la qualité de vie au travail des managers (I) Une démarche Qualité de Vie au Travail ciblée managers en établissement peut être construite autour d'une approche, d'une méthodologie et d'outils développés ; l'exemple de la démarche QVT auprès des managers de proximité du CHD VENDEE permet d'illustrer et d'analyser une mise en œuvre spécifique (II). Des réflexions et des leviers existants pour améliorer la QVT des managers directeurs et médicaux sont de nature à compléter un dispositif QVT appelé à devenir une véritable culture de management (III).

Les réflexions qui vont suivre sont issues de plusieurs éléments de littérature croisés avec des entretiens réalisés sur le terrain et auprès de personnalités qualifiées. La liste des personnes rencontrées et la grille d'entretien sont en annexe 1.

La présentation de la démarche QVT managers au CHD Vendée restitue les éléments de la démarche et des travaux entrepris sur le terrain de stage.

1 Le contexte managérial des établissements publics de santé exige aujourd'hui d'agir pour améliorer la qualité de vie au travail des manager

1.1 Le contexte managérial en mouvement des établissements de santé impacte le management et le métier de manager

1.1.1 Une mutation profonde du management en établissement public de santé

A) L'exigence paradoxale d'efficacité économique et d'amélioration de la qualité de vie au travail : nouvelle « dimension financière » du management

Le management des établissements publics de santé a intégré progressivement une nouvelle composante : le management financier. Le secteur hospitalier public doit répondre aujourd'hui à un impératif d'efficacité et de performance économique et son management doit alors s'adapter pour y répondre. Les réformes de la planification sanitaire et des modes de financement des établissements ont marqué profondément les codes et la culture des hôpitaux et de leurs équipes. La réforme de la tarification à l'activité a été « *un levier de la performance (...) et a permis d'accélérer ou de favoriser la mise en place d'outils de suivi*⁴ » et suppose alors pour sa mise en œuvre une « *évolution des modes de gestion des ressources humaines ainsi que des pratiques professionnelles*⁵ ». Les rapports entre groupes professionnels ont changé et une nouvelle matrice managériale s'est créée : il s'agit notamment d'une responsabilisation accrue des acteurs et des managers et le développement de nouveaux outils de pilotage (donc de management) médico-économique au sein des établissements. Le management, devenu financier, implique alors une logique économique stricte qui pourrait créer des contradictions avec des valeurs soignantes. On peut observer, d'une part, une responsabilisation, voire une pression plus importante pesant sur les directeurs⁶ et d'autre part une diminution de l'autonomie du pouvoir médical⁷ liée à la nouvelle pratique du codage et la valorisation de « *pratiques directement rentables* ». Ces réformes inspirées par le management de l'entreprise transforment « *l'idéologie managériale* » de l'hôpital public et bousculent les pratiques managériales. Les problèmes liés à la T2A ont impliqué alors plusieurs facteurs « *qui ont pu détériorer la QVT du fait d'un manque de concertation et de discussion a priori*⁸ ». En conséquence, « *le rapport économique installé durablement dans les établissements publics de santé*

⁴ Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M.-P. *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé* (Rapport n° RM2012-011P). Paris. 2012

⁵ Centre d'études de l'emploi et du travail (CNAM) Dinu Gheorghiu M, Guillemot D, Moatty F, « *RH et T2A. Entretiens avec des membres de directions des hôpitaux* ». Rapport décembre 2012

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ FHF – Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus. Rapport 2018

provoque également une perte de sens⁹ ». Cette perte de sens est liée une exigence paradoxale. L'exigence de qualité de vie au travail est une obligation de compenser ce que l'exigence économique a pu détériorer.

B) Un management confronté au temps : nouvelle dimension temporelle du management

Le temps est devenu un élément impactant directement le management des institutions. Le temps à l'hôpital est par ailleurs très spécifique. Au quotidien, les notions de gestion de temps de travail, temps de durée de séjour, récupération sur temps de travail, temps de crise, temps du soin et autres semblent être le symbole d'un hôpital « horloge vivante ». L'environnement en perpétuel mouvement des établissements de santé est lié à la nature même de l'hôpital : la prise en charge de l'urgence vitale. Par sa fonction d'accueil des urgences, de « course pour la vie ou contre la mort », la structure est imprégnée par la notion de temps, voire de crise. Néanmoins, ce temps dépasse l'urgence des soins, il est désormais intégré pleinement dans le management. L'exemple du management des lits, quotidien aujourd'hui des cadres de santé, s'illustre par une gestion de l'efficacité : faire sortir un patient pour en libérer un lit et l'occuper par un autre patient le plus rapidement possible (pour agir sur la durée moyenne de séjour). Aussi, le rythme des réformes impacte le management et l'organisation des établissements de santé. A travers les échanges il apparaît que ces réformes n'ont pas le temps d'être évaluées pour apprécier les résultats touchant le management ou les méthodes managériales. Le management, en perpétuel changement, repose sur un socle en mouvement rythmé par réformes ou changements de management induits notamment par l'arrivée de nouveaux managers. Le temps implique donc une adaptation plus forte, plus éprouvante de la part des équipes et de leurs managers. Ils doivent ainsi mobiliser une nouvelle approche basée sur la priorisation des tâches, la disponibilité, l'optimisation du temps, la souplesse, l'agilité et autres. Ce temps mouvant impacte également la vie personnelle des professionnels et donc l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, facteur de qualité de vie au travail. *Si un rythme accéléré peut symboliser un dynamisme impliquant une gestion du temps plus pertinente et une course aux projets, le management se recompose aujourd'hui pour mieux dompter ce temps.*

C) Le dimensionnement territorial hospitalier : nouvelle dimension spatiale du management

La nouvelle composition territoriale des établissements de santé entraîne aujourd'hui de forts impacts sur leur management. Les différentes phases de restructuration

⁹ Frédéric Spinhirny, « Comprendre les nouvelles conditions de travail. Emotion et crise de la liberté comme horizon de management ». Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018

du territoire ont provoqué des transformations en termes de gouvernance et de positionnement des établissements. Les rapprochements d'établissements à travers la mise en place de directions communes et le déploiement de coopérations hospitalières, hier par les communautés hospitalières de territoire et aujourd'hui par les groupements hospitaliers de territoire, ont entraîné une nouvelle approche du management hospitalier. Les stratégies désormais orientées vers une logique territoriale pour soutenir les parcours patients sur un territoire impliquent une profonde mutation des managements des établissements. En premier lieu, ce management doit assurer une rencontre des acteurs et développer une logique de coopération dans un environnement pluriel. Cette coopération passe par une connexion d'acteurs entre eux et un partage des spécificités de chacun. En deuxième lieu les démarches de mutualisation impliquent des efforts d'échanges de pratiques de management et d'habitudes. Il s'agit donc de composer dans la diversité en conservant un objectif commun. Ce management territorial, aujourd'hui enjeu de l'efficacité des GHT, se construit au rythme des avancées des coopérations et à travers ses managers. Le management des établissements de santé est devenu aujourd'hui territorial avec des projets nécessairement tournés vers une réflexion partagée entre plusieurs structures, un management territorial qu'il faut savoir appréhender.

1.1.2 Être un manager aujourd'hui en établissement public de santé

A) Un manager hospitalier aujourd'hui pluri-compétent, pilier du management, porteur du changement à l'hôpital

Le terme « manager » vient de l'anglais « to manage », qui signifie « *mener, diriger une affaire* ». Son premier emploi en France a été rattaché au sport : « *être le manager, diriger l'entraînement d'un sportif ou d'une équipe*¹⁰ », puis il a été utilisé pour donner une fonction à une personne qui « *assure le management de, qui administre, conduit, gère et organise une affaire* ». Aujourd'hui dans les structures, les termes de « cadre », « encadrant », « chef », « responsable », se mélangent pour désigner un acteur qui conduit, gère et organise une équipe. Mais au-delà d'un simple rôle d'encadrant, cet acteur est devenu manager, car il doit pouvoir construire, mobiliser, animer, accompagner, écouter, mener une équipe. Le manager est aujourd'hui plus qu'un « cadre » ou « chef », il manage une équipe comme il pourrait manager une équipe sportive. Sébastien Payre et Aline Scoarnec de l'Université de Caen, définissent ainsi le manager comme « *toute personne qui exerce une fonction d'encadrement, quel que soit son positionnement hiérarchique, fonctionnel ou divisionnel (ou son absence) ainsi que son statut au sein de*

¹⁰ Définition. Dictionnaires Le Robert – Le Petit Robert de la langue française. 2018

l'entreprise ; auprès d'une ou plusieurs personnes qui exercent ou non, à titre principal, elles-mêmes, une fonction d'encadrement¹¹ » .

Le manager hospitalier peut revêtir plusieurs casquettes ou noms, et exercer dans différentes spécialités : cadre de santé, cadre supérieur de santé, chef de services de soins, responsables d'équipes, chef de pôles, directeur des soins, directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directeur d'hôpital... Ces managers ont des formations différentes (même s'il y a des enseignements communs pour les trois derniers), des principes de management distincts en fonction de leurs corps professionnels. Ils ont aussi des approches différentes en fonction de la responsabilité, du grade, du statut ou de leur pouvoir. Ainsi, les managers médicaux (chef de service, coordonnateur d'équipe, chef de pôle...) managent leurs pairs sans avoir de pouvoir hiérarchique sur eux. Ils coordonnent et animent une équipe sans en avoir le commandement contrairement à des responsables d'équipes gestionnaires qu'ils soient notamment attachés d'administration hospitalière ou directeurs. Le manager dans les hôpitaux est également confronté à une animation d'équipe parfois très variée voire éclatée. Les cadres de santé peuvent ainsi gérer des professionnels qui travaillent la nuit et d'autres le jour et ont donc un management distant lié aux différences d'horaires de présence. Les managers peuvent aussi coordonner des équipes composées de 201 métiers¹². Le manager hospitalier appréhende ainsi par nature un environnement professionnel et un management complexes.

Les missions des managers hospitaliers ne sont plus uniquement des missions de gestion, elles sont aussi des missions de management à tous les niveaux. Les missions sont aujourd'hui davantage tournées vers la relation humaine, l'accompagnement et l'animation des équipes. Le management de proximité est également spécifique à l'hôpital et connaît aujourd'hui de nouvelles exigences. Ce niveau de management est le niveau où « *les difficultés sont les plus grandes. Car c'est à ce niveau que le relationnel et l'approche comportementale sont les plus importants¹³* ». On n'attend plus aujourd'hui de l'encadrant, un bon gestionnaire, on attend de lui un « bon manager ». Concernant les managers médicaux de proximité, le docteur François Krabansky précise notamment que « *un bon technicien, clinicien, ou universitaire n'a pas nécessairement un profil correspondant même s'il bénéficie d'une certaine reconnaissance et crédibilité auprès des équipes¹⁴* ». Il

¹¹ Sébastien Payre et Aline Scouamec. « *Manager : Un métier en mutation ? Essai de lecture rétro-prospective pour dessiner les contours du métier de manager et les accompagnements RH nécessaires* ». Revue de gestion des ressources humaines, vol. 97, no. 3, 2015, pp. 3-16.

¹² Selon le Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie v3.- Fonction Publique Hospitalière

¹³ Dr. François Krabansky. « *Contribution. Changer la vie à l'hôpital* ». Contribution du groupes des 26. Mai 2018

¹⁴ Dr. François Krabansky. « *Contribution. Changer la vie à l'hôpital* ». Contribution du groupes des 26. Mai 2018

semblerait qu'aujourd'hui les missions du manager deviennent majeures pour l'animation des équipes et qu'une nouvelle exigence pèse sur ce « nouveau métier ».

Le tableau suivant, réalisé par Sébastien Payre et Aline Scouarnec, présente clairement les nouvelles attentes du manager. Ce travail concernant les managers en général correspond précisément aux missions et aux attentes formulées auprès des managers en établissements de santé.

Figure 1 - Les contours du métier de manager Hier – Aujourd'hui – Demain

D'après Sébastien Payre et Aline Scouarnec. « Manager : Un métier en mutation ? Essai de lecture rétro-prospective pour dessiner les contours du métier de manager et les accompagnements RH nécessaires », Revue de gestion des ressources humaines, vol. 97, no. 3

	HIER	AUJOURD'HUI	DEMAIN
INTITULE	Chef Agent de maîtrise	Chef-Manager Manager intermédiaire Cadre	Manager Stratège Manager hyper-spécialiste technique Manager 2.0 Managers de projets Manager mature
MISSION	Donner des ordres Encadrer	Manager	Piloter Animer Accompagner
ACTIVITES	Administrer Prévoir, organiser, coordonner, commander, contrôler	Définir la mission de l'organisation, Fixer des objectifs, Organiser le travail, Motiver et impliquer les personnes, Former, Etablir des normes de performance, Evaluer les résultats	<i>Différents en fonction des scénarii mais focus sur :</i> Animer ses collaborateurs, les impliquer, Définir la stratégie, Conduire des changements organisationnels
COMPETENCES	Techniques	Techniques et comportementales	Systémiques
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	Simple Sécurisant Stable	Mouvant	Complexe Turbulent Digitalisé

L'hôpital étant déjà aujourd'hui un environnement de travail complexe, turbulent et digitalisé, le manager hospitalier doit être déjà le manager de demain. Les attentes sont différentes, elles sont plus riches et probablement davantage responsabilisantes. Ils sont porteurs de changements et doivent animer, soutenir et penser le travail des équipes à tous les niveaux. Francis Mangeonjean illustre ainsi qu'à une prise de poste d'un manager peut se superposer une « prise en charge d'une seconde liée au départ non compensé d'un collègue, renforcée d'un engagement pris dans le cadre de la création d'une direction

commune sur des territoires distants de plusieurs dizaines de kilomètres¹⁵ ». On attend du manager qu'il passe de « manager capitaine » à « manager jardinier¹⁶ ». Ce manager jardinier doit ainsi « nourrir son équipe comme on le fait du terrain, accompagner son développement en identifiant les problèmes et les besoins, observer les évolutions, faire chaque chose en son temps... Ces comportements du jardinier sont à la base d'un management durable, respectueux des équipes et de l'environnement.¹⁷ ». Le manager doit aussi, face à un contexte de détérioration des conditions de travail et d'une souffrance au travail accrue mettre en place des actions, leviers et outils pour prévenir les risques psychosociaux, accompagner les équipes et améliorer leur qualité de vie au travail. Les managers sont ainsi en première ligne pour mettre en œuvre des démarches QVT auprès des équipes. Cependant ces nouvelles exigences et ce rôle plus intense du manager auprès des équipes peut entraîner de nouvelles causes de mal-être ou de souffrance au travail des managers.

B) Un manager hospitalier de plus en plus sujet au mal-être et à la souffrance au travail

A travers les entretiens réalisés, trois ensembles de causes de mal-être ou de souffrance au travail auprès des managers en établissement de santé ont été identifiés.

a) La considération et le positionnement du manager

La considération du travail de manager est capitale pour son accomplissement et la « validation » de son action managériale. Cette considération est double. Elle est à la fois auprès de ses équipes qu'il manage, où il attend légitimement une reconnaissance de son management. Elle l'est également auprès des managers ou plus globalement liée à la considération institutionnelle. La considération, reconnaissance institutionnelle relève de l'intime professionnel et semble être plus forte auprès des managers car ils sont investis d'une mission institutionnelle majeure : le management de la structure. Cette dimension d'une mission managériale des managers peut dès lors entraîner une frustration causée par une attente légitime de reconnaissance de son action. Ainsi, « les cadres de santé restent en quête de reconnaissance professionnelle et sont parfois en difficulté du fait qu'ils doivent parfois faire appliquer des orientations stratégiques de la direction qu'ils ne partagent pas toujours¹⁸ ». Par ailleurs, plus le manager apporte auprès de son équipe un management valorisant, plus il sera en attente de cette considération institutionnelle. Les

¹⁵ Francis Mangeonjean. « Management et qualité de vie au travail ». Dossier Soins Cadres, n°106, mai 2018 p34-37

¹⁶ Inès Gravey. « Investir dans les talents : l'innovation managériale sur le terrain. Changer la vie à l'hôpital ». Contribution du groupes des 26. Mai 2018

¹⁷ Christian Thiébaud. « La patience du manager-jardinier », L'Expansion Management Review, vol. 135, no. 4, 2009, pp. 114-120.

¹⁸ Pr Eric Galam. « Un programme d'aide pour les professionnels de santé ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018, p31-33

entretiens ont mis en avant un besoin croissant de reconnaissance du manager, probablement lié à un contexte grandissant de défiance ou de remise en question des actions managériales. Ce manque de considération est aujourd'hui une réelle cause de souffrance de l'ensemble des managers.

Les difficultés de positionnement du manager entraîne un réel mal-être du professionnel face à ses équipes et face à l'institution. Les responsabilités données au manager, ainsi que la clarification de sa place dans la structure sont en effet des attendus nécessaires à son activité managériale. Néanmoins, dans un contexte mouvant, les responsabilités, l'autonomie ainsi que les marges de manœuvre peuvent être réduites suite à un changement de stratégie, une révision des trajectoires, une réforme ou un changement d'organigramme. *« Une autonomie ou latitude décisionnelle insuffisante doit être considérée comme un facteur de risque psycho-social¹⁹ »*. Cela impacte en effet la stabilité des missions du manager et son positionnement dès lors que ses missions sont réduites, limitées voire disqualifiées. Ce schéma entraîne alors *« une définition floue du périmètre²⁰ »* et un *« sentiment de ne pas avoir une plénitude d'exercice²¹ »*. L'« abandon managérial », c'est-à-dire un détachement par rapport aux fonctions de management peut être une conséquence d'un périmètre de responsabilités insuffisamment déterminé. Le positionnement peut aussi être complexe vis-à-vis des autres managers. Le manager attend également d'être reconnu par ses pairs et d'être aussi positionné par rapports aux autres managers. On peut considérer que les *« les relations avec les collègues et l'inclusion dans un collectif (parfois plusieurs) affectent le bien-être au travail et la santé de deux façons. Premièrement, l'entraide et la coopération facilitent l'accomplissement des tâches. Deuxièmement, les collègues et le collectif de travail peuvent contribuer à l'intégration sociale en apportant une reconnaissance pratique lors de la coopération ou une reconnaissance symbolique²² »*. Néanmoins, les relations avec les managers en établissements de santé semblent être davantage complexes. S'il existe en effet des lieux de rencontre entre managers, tous les acteurs n'ont pas ces occasions d'échanges institutionnalisés permettant une reconnaissance des managers entre eux. Certains managers, notamment des néo-managers expriment une crainte d'une défiance de la part des pairs qui peuvent remettre en cause une légitimité managériale voire une hiérarchie. Les managers médicaux expriment clairement ce mal-être par leur positionnement particulier vis-à-vis de leurs confrères. Ils n'ont pas d'autorité hiérarchique et sont à la fois

¹⁹ Gollac et Bodier. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. La Documentation française. 2011

²⁰ Centre National de Gestion. Dispositif de prévention de traitement des risques psycho-sociaux des directeurs de la fonction publique hospitalière. 2018

²¹ ibid.

²² Gollac et Bodier. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. La Documentation française. 2011

cliniciens et managers. Cette dimension bipolaire est inédite et implique alors une confiance là où elle se perd souvent dans un environnement de défiance vis-à-vis des « chefs ».

b) La charge de travail du manager : la pression et la performance managériale

La charge de travail des managers est particulièrement importante. Sans qu'elle soit strictement évaluée, car elle dépendra des missions et du profil du manager, la charge de travail du manager repose sur deux éléments : les tâches quotidiennes (la charge quantitative ou la charge de responsable) et la posture de manager et les obligations qu'elle implique (la charge qualitative ou la charge managériale). Cette posture est conséquente pour le manager qui doit donc concilier ses tâches avec l'exercice complexe du management ; il s'agit d'une « polyvalence ou polyactivité qui désigne la diversité des objets d'intervention de l'encadrement²³ ». Cette charge pourra croître à mesure qu'on amplifie ou renforce les objectifs de performance à remplir par le manager. Parmi ces objectifs, certains pourront se heurter aux valeurs du professionnel, voire relever « d'injonctions contradictoires », et d'autres apparaîtront pour lui comme objectifs difficilement atteignables au regard de ses tâches quotidiennes. Les managers subissent de fortes contraintes dans des conditions de travail jugées difficiles voire intenable. Les cadres de santé, « relativement autonomes (...) sont parfois en difficulté du fait qu'ils doivent notamment faire appliquer les orientations stratégiques de la direction qu'ils ne partagent pas toujours et du fait qu'ils aient à effectuer un travail administratif de plus en plus important qui les éloigne du soin. Les cadres de santé sont encore 1/3 à craindre de faire des erreurs²⁴ ». Par ailleurs, « le travail des cadres de santé se diversifie et requiert de plus en plus de compétences et de temps. L'irruption de la santé au travail dans le champ de compétence des managers est une pression forte qu'ils doivent gérer²⁵ ». Cette nouvelle pression peut également s'accompagner auprès des managers d'«injonctions contradictoires entre objectifs de production et objectifs de santé²⁶» voir une perte de sens du travail.

D'après Pierre-Yves Gomez, les professionnels de santé ont le « sentiment que leur travail perd doublement son sens. D'une part, parce qu'il est si parcellisé et si prescrit que l'autonomie réelle est réduite à peu de chose (...) D'autre part, parce que travail semble servir essentiellement à atteindre un objectif de gestion dont les conséquences sur le patient final sont incertaines²⁷ ». Cette perte de sens existe auprès des managers à tous les niveaux. En résulte alors une « série de pathologies : découragement, désengagement, sentiment d'incertitude et de bricolage permanent, stress, intensification ou compensation

²³ Frederik Mispelblom Beyer. « Encadrer un métier impossible ? » 3^{ème} édition. Sociétales. Edition Armand Colin 2015

²⁴ Haute Autorité de Santé. *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Revue de littérature. Janvier 2016

²⁵ Ibid.

²⁶ Michel Dumas. « Restructurations hospitalières et souffrance au travail : questionnement autour d'un cas ». Dans: Le Deist F, ed. *Restructurations et santé au travail : regards pluridisciplinaires*. Toulouse: Octares Editions; 2013. p. 139-152.

²⁷ Pierre Yves Gomez – *La perte du sens au travail : fondements économiques d'une crise* in Olivier Bachelard (coord). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP 2017

*excessive de la perte de sens par une suractivité jusqu'au risque de burn-out*²⁸ ». La « perte du sens du management » peut apparaître dès lors que le manager n'a plus le sentiment de manager, mais de bricoler ou de faire un travail dans l'urgence sans recul ou sans prévoir un temps managérial dans son organisation.

Enfin, l'épuisement au travail du manager lié au surinvestissement au travail, entraîne de la détresse, un comportement addictif au travail, voire un *workaholisme* : « *besoin compulsif ou incontrôlable de travail constamment* »²⁹ et un déséquilibre entre vie professionnelle et personnelle. Cet épuisement du manager, peu analysé, a pourtant des conséquences sur la santé physique et mentale des professionnels. Le sentiment de l'impossibilité de déconnexion du manager est fort car il se sent « responsable », « indispensable à » ou « doit être toujours disponible ». Le rapport au travail est plus fort, et cela peut entraîner ainsi d'autres difficultés de la sphère personnelle qui auront tôt ou tard un impact sur leur activité managériale. Premièrement, les responsabilités des managers peuvent être de plus en plus « *plus étendues avec des périmètres plus larges, avec de nombreux objectifs de plus en plus exigeants à atteindre dans des délais de plus en plus réduits* »³⁰. Par exemple, les directeurs connaissent aujourd'hui dans leurs carrières davantage d'intérim à gérer, se cumulant avec leur propre direction. Avec la constitution des GHT notamment, plusieurs managers peuvent connaître une augmentation des délégations, accroissant ainsi significativement leur périmètre de management. Le statut de manager implique également d'adopter une certaine posture face aux équipes. Cette posture, pour certains, une protection, pour d'autres, un rôle, a pour conséquence de développer la charge émotionnelle du manager. Si le « *manager doit tenir fermement la barre et maintenir le cap autant que possible, si tant est qu'il le connaisse* »³¹ on attend aussi « *qu'il contienne l'émotion institutionnelle en cas de rupture ou de changement important dans l'organisation du travail ou d'évènements imprévus* »³². Cette exigence émotionnelle par rapport aux équipes ajoutent ainsi du poids à la charge émotionnelle d'un manager qui ne « *saurait craquer* » et doit montrer un « *exemple* ». La capacité de résistance, et la répugnance à témoigner de la fragilité, sont des codes que les managers ont intégrés et accentuent ainsi une émotion qu'ils veulent contenir.

c) *L'isolement du manager et le besoin d'accompagnement managérial*

²⁸ Pierre-Yves Gomez – *La perte du sens au travail : fondements économiques d'une crise* in Olivier Bachelard (coord). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP 2017

²⁹ W.Oates. *Confessions of a workaholic. The facts about work addiction*. New York : World Publishing co. 1971

³⁰ Centre National de Gestion. Dispositif de prévention de traitement des risques psycho-sociaux des directeurs de la fonction publique hospitalière. 2018

³¹ Michel Lavigne, Cadre supérieur de santé. encadré in. Mangeonjean Francis. *Management et qualité de vie au travail*. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

³² Ibid.

L'exercice managérial serait par définition un exercice particulièrement solitaire. Même si le manager est reconnu, intégré à son équipe, il est, par sa position, isolé face au collectif.

Aussi, le sentiment de marginalisation des managers peut être assez fort en fonction de l'organisation fonctionnelle et/ou spatiale de la structure. Une marginalisation fonctionnelle, peut entraîner un isolement dans leurs tâches managériales, avec l'absence ou une fragilité de liens entre pairs managers. Cette marginalisation fonctionnelle peut se traduire par un périmètre du manager qui est dans les faits, hermétique aux relations avec d'autres managers. L'isolement géographique entraîne également un isolement managérial, notamment dans le cadre d'une structure hospitalière multi-sites. Par exemple, un directeur manager peut être éloigné géographiquement de ses collègues s'il est sur un site isolé. Les liens entre les managers ne se font qu'à distance, que lors de réunion de coordination (s'il en existe et si le manager isolé est convié). En découle alors, pour ce manager isolé, le risque d'un ressenti d'un manque de soutien de l'institution et de ses pairs. Ainsi, « *au-delà de l'augmentation des responsabilités induites par les restructurations hospitalières et des évolutions de gouvernance, la conduite de projet dans un contexte en expansion entraîne, de fait un éloignement physique des acteurs, des collaborateurs*³³ ». La construction de la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire pourrait entraîner ces situations d'isolement de managers.

Les différents entretiens ont mis en évidence une expression de besoins d'accompagnement managérial de la part des managers. Ils expriment en effet le besoin d'un accompagnement par exemple à une prise de poste, à une mise en place de réforme ou de réorganisation, à la constitution d'outils ou de méthodes. Ce « *déficit, lacunes du management et de la formation des managers* » a été mis en avant à travers le Livre Blanc « *Apprendre à manager le travail*³⁴ » publié en septembre 2017 par l'ANACT. Le livre blanc identifie 4 attendus vis-à-vis de savoir-faire managériaux intégrant la qualité de vie au travail : *accompagner les changements et les transformations organisationnelles, co-construire et animer des organisations et des collectifs de travail, soutenir les points d'équilibre collectif/individuel et travail/hors travail, contribuer au développement des personnes*. Ce manque de formation au management est particulièrement mis en avant pour les managers médicaux qui n'ont pas de formation initiale au management et rares seront les médecins chefs de services qui auront une formation managériale. Sans formation, sans codes de management, ils sont alors livrés à eux-mêmes dans des services à manager avec toute la complexité de l'exercice et la position délicate que les managers

³³ Francis Mangeonjean. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres, n°106, mai 2018 p34-37

³⁴ Livre blanc *Apprendre à manager le travail*. ANACT septembre 2017

médicaux ont vis-à-vis de leurs consœurs et confrères docteurs. Ce manque entraîne alors un effort supplémentaire, un poids, pour les managers isolés dans leur exercice managérial.

1.2 La Qualité de Vie au Travail des managers, un enjeu collectif pour un établissement de santé

Le manager a une place centrale dans et pour l'établissement, il « *doit miser sur le bien-être des collaborateurs dans un souci de développement du collectif au travail. Seul ce dernier permettra de répondre aux enjeux des réorganisations hospitalières tout en maintenant chacun dans un exercice serein* ³⁵ ». Pour assurer le bien-être des équipes, le manager doit pouvoir bénéficier d'une qualité de vie au travail satisfaisante. Dès lors agir pour la qualité de vie au travail des managers renforce et assure une qualité de vie au travail satisfaisante dans l'ensemble de l'établissement.

1.2.1 Le mal-être au travail du manager : impacts et répercussions sur l'établissement et les équipes

A) La transmission de la charge émotionnelle du manager

La charge émotionnelle des équipes peut être très forte dans un établissement de santé. Leur environnement est directement fragilisé par une confrontation répétée à la mort, aux maladies, aux inégalités sociales, aux difficultés liées aux engagements de procédures judiciaires, médico-légales... Les managers vont dès lors manager dans un contexte où l'émotion est forte et l'équilibre émotionnel est malmené. Face à cela, le manager doit faire preuve d'une « importante résilience » et prendre « suffisamment de recul » pour être le moins impacté. Néanmoins, la charge émotionnelle du manager est également mise à mal et d'autres causes liées à l'exercice managérial fragilisent son équilibre émotionnel. La fragilité du manager est une réalité. Cette « saturation émotionnelle », ou « craquage » que chaque manager peut connaître a systématiquement des conséquences.

En cas de saturation émotionnelle du manager, il y a deux hypothèses.

1. Si l'équipe est soudée, dans une dynamique collective et bénéficiant d'un management valorisant le bien-être au travail, le manager pourra recevoir des soutiens de ses collaborateurs. Toutefois, l'équipe sera tout de même fragilisée car elle considérera que le manager a été destabilisé et a manifesté sa détresse.
2. Si l'équipe n'est pas soudée, fragilisée par des réorganisations ou en voie de constitution, les conséquences sont plus lourdes. Certains agents pourront profiter de la faiblesse du manager pour prendre l'ascendant, ce qui aggraverait alors la

³⁵ Francis Mangeonjean. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

situation de mal-être du manager. D'autres agents développeront un mécanisme de protection, se renfermeront sur eux et mettront en retrait en exprimant de la méfiance face à leur manager. Enfin, la majorité, des agents seront profondément déstabilisés et pourront se sentir davantage isolés.

Le bilan est le même pour les deux hypothèses, l'équipe est fragilisée et les conséquences toucheront aussi bien le manager que l'équipe. Ces épisodes auront un impact qui s'inscrira sur la durée pouvant ainsi remettre en cause certaines initiatives managériales.

Pour les managers de proximité, qui sont en relation directe avec leurs collaborateurs le risque que cela touche l'équipe est élevé mais pour les managers (par exemple les directeurs) qui ont un ou plusieurs managers de proximité, le risque est double. La situation impactera les managers de proximité et aura un impact également sur les équipes. Il y aura donc une double fragilisation.

B) Le désengagement du manager

Retrait du manager :

Le phénomène de désengagement est un phénomène qui touche l'ensemble des professionnels, aujourd'hui on observe « *un phénomène de désengagement massif des salariés, qui va, crescendo, de la démobilisation interne critique puis cynique, jusqu'à l'expression d'une souffrance au travail*³⁶ ». Lorsque le manager perd le sens du travail, il perdra alors son sens managérial et se désengagera. L'impact est considérable pour les équipes qui considèrent que le management est une véritable ressource de qualité de vie au travail. Ce management « *fait partie de l'équipe* », et les équipes « *se plaignent davantage d'une absence de leur hiérarchie plutôt que d'une trop grande présence*³⁷ ». Les professionnels attendent ainsi de leurs managers qu'ils soient présents et disponibles dans n'importe quelle situation et le « *soutien des pairs, et celui de la hiérarchie jouent un rôle modérateur : ils permettent de tenir dans une situation de stress et leur absence accentue encore la souffrance au travail*³⁸ ». Le retrait du manager peut entraîner aussi une absence de décision. Or, les managers doivent prendre une décision à tous niveaux et la transmettre à leur équipe. Si le manager, en retrait ne prend plus de décision, ne manage plus car il est en souffrance au travail, souhaite se protéger ou craint la responsabilité, alors « *l'absence de décision du manager conduit à la démotivation (de l'équipe), ce qui n'est pas acceptable compte tenu des enjeux de qualité de service dus au patient*³⁹ ».

Diminution du soutien du manager auprès des équipes :

³⁶ Pierre-Yves Gomez. « *La perte de sens au travail : fondements économiques d'une crise* ». dans Olivier Bachelard (coord). « *Le bien-être au travail* ». Presses de l'EHESP 2017

³⁷ Haute Autorité de Santé. *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Revue de littérature. Janvier 2016

³⁸ Anouk Grevin. « *Agir sur la qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p28-30

³⁹ Lavigne Michel, Cadre supérieur de santé. encadré in. Mangeonjean Francis. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

Les managers en situation de malaise ou de souffrance au travail n'auront pas la même approche pour soutenir les équipes alors qu'ils doivent pouvoir accompagner et soutenir l'équipe surtout lors de situations difficiles. Pourtant, « *ce soutien est incontournable si l'on souhaite que chacun puisse dépasser une difficulté, se relancer et consolider son assise professionnelle. Ce renforcement de l'assise professionnelle et le fait de se sentir soutenu sont des vecteurs importants du bien-être au travail*⁴⁰ ». En l'absence de soutien, les difficultés vont s'accroître, les situations problématiques ne vont pas se résoudre et l'équipe risque de connaître un certain enlisement par manque de management.

Limitation du développement et l'accompagnement des équipes

Un manager qui pourra connaître une forte frustration professionnelle générée par un contexte de souffrance au travail diminuera ses efforts managériaux, notamment s'il avait développé des mécanismes de bienveillance managériale. Le manager « *est celui qui peut exprimer la reconnaissance, au double sens de ce mot : reconnaître comme connaître, voir le don, reconnaître au sens d'exprimer de la reconnaissance, de la gratitude* » et « *savoir voir le travail et ce qu'il en a coûté et dire la gratitude sont de puissants leviers pour agir sur la reconnaissance et, par conséquent, sur la QVT*⁴¹ ». Or, si le manager est lui-même en manque de reconnaissance et se désengage de l'institution, il n'y aura plus ces leviers bénéfiques pour le bien-être des équipes.

Par ailleurs, si la pratique managériale du manager est fragilisée ou limitée par un manque de formation, d'outils et d'accompagnement, l'accompagnement auprès des équipes pourra lui aussi être limité. L'accompagnement est limité par manque de moyens si le manager n'a pas les outils managériaux nécessaires ou s'il lui manque des mécanismes de management pour gérer une situation particulière. Cet accompagnement peut aussi être limité par manque de temps, de disponibilités ou de relations moins approfondies avec les collaborateurs.

Ce « management minimaliste » peut enfin entraîner, une diminution voire un arrêt des projets. Le manager qui exprime un mal-être ou une souffrance au travail se limitera alors à la gestion du quotidien et n'aura plus l'énergie, l'envie ou la motivation à entretenir une dynamique dans son équipe. Cela s'observe particulièrement avec la mise en « sommeil » de projets, de dossiers transversaux qui étaient en cours ou qui devaient être pilotés par le manager ou par l'équipe. La perte de dynamisme attendue d'un manager entraîne alors une gestion managériale limitée, un pilotage minimal des projets et freiner ainsi une dynamique globale de l'équipe voire de la structure.

⁴⁰ Francis Mangeonjean. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

⁴¹ Anouk Grevin. « *Agir sur la qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p28-30

C) Impact de l'éloignement du manager

L'éloignement du manager a des impacts sur le management de son équipe et des attentes exprimées par les collaborateurs en termes de soutien et d'accompagnement. Cet éloignement peut s'observer à travers deux phénomènes liés : le premier est la dépersonnalisation progressive du manager causée par un éloignement géographique de plus en plus important. Cet éloignement est lié aux mouvements de la gouvernance territoriale hospitalière, à travers les directions communes ou la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. Un manager qui était avant localisé sur un seul site, une seule structure aura maintenant un espace managérial plus vaste. La distance créée entre la localisation principale du manager et les localisations des équipes entraînera alors une distance entre le manager et l'équipe. Il s'agit d'une dépersonnalisation car il y a une perte de proximité managériale et les codes de management changeront avec des nouvelles responsabilités confiées à des collaborateurs qui pourront avoir des « morceaux » des fonctions dévolues au manager de l'équipe. Cela s'illustre avec la mise en place de directions déconcentrées notamment des directions achats et systèmes d'informations, ces directeurs sont les premiers impactés par un éloignement géographique lié à la mise en place des GHT. Cette dépersonnalisation entraîne aussi un autre phénomène causé par l'éloignement du manager : la dématérialisation du manager ou du management. Il s'agit d'un management à distance avec une accentuation des échanges par mail. L'impact sur la relation entre manager et équipe est immédiat. Les équipes exprimeront souvent, et notamment lors de la mise en place, une réelle perte de proximité et de contact avec leur manager. Elles y voient ainsi un management moins présent donc moins disponible, voire un manager qui ne prend plus le temps d'accompagner et de soutenir son équipe. Les échanges avec les équipes qui ont connu cet éloignement font état d'un « management moins humain », « management par hologramme », voire d'un « désintérêt pour les structures qui ne voient plus leur manager ».

D) Conséquences sur la performance et les missions de l'établissement

Impacts sur la performance globale de l'hôpital :

Si les managers sont en mal-être ou en souffrance au travail et qu'ils se désengagent, adoptent d'autres codes de management ou expriment une perte de sens au travail, tout le management hospitalier peut être impacté.

Le schéma suivant, applicable pour tous les professionnels, pourrait s'appliquer de manière plus intense aux managers du fait de leur positionnement et de leurs missions dans l'institution.

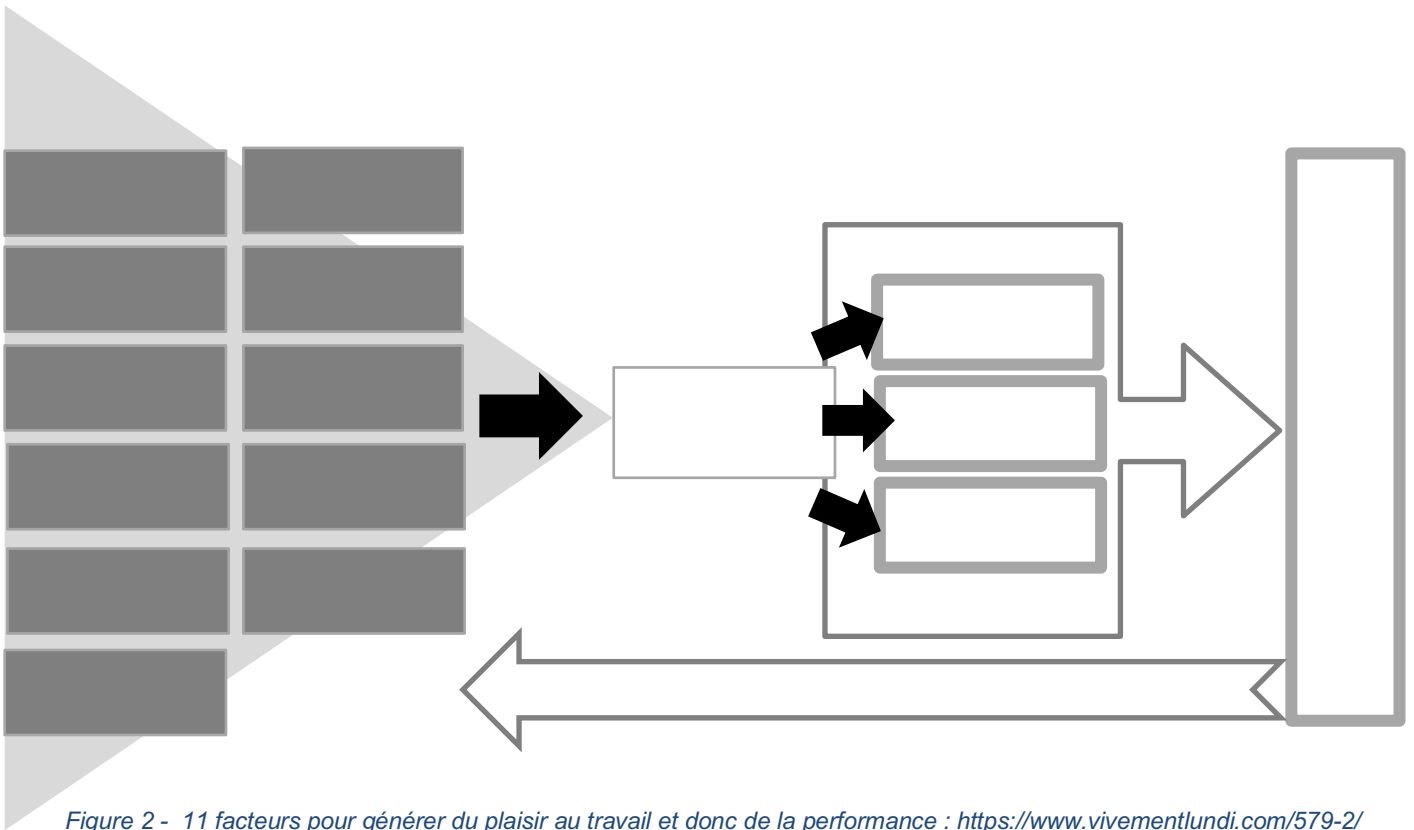


Figure 2 - 11 facteurs pour générer du plaisir au travail et donc de la performance : <https://www.vivementlundi.com/579-2/>

Lorsque les facteurs de bien-être au travail ne sont pas présents, le manager ne peut exprimer son « plaisir au travail » et les leviers de performance, que sont l’engagement, l’innovation et la créativité ne pourront être suffisamment mobilisés et l’impact sur la performance sera négatif.

Enfin, lorsqu’une démarche QVT est efficace, pérenne et mobilisée par les managers auprès des équipes, l’absentéisme peut être limité. L’étude menée par la Sham publiée en juin 2018 a mis en avant les liens entre démarche de qualité de vie au travail dans les établissements et absences pour raison de santé. « *Maîtriser les absences pour raison de santé passe nécessairement par l’amélioration de la qualité de vie au travail. Par extension (...) c’est également agir sur la qualité de la prise en charge des patients ou des résidents* », explique Pierre Souchon, directeur des services du groupe Sham. « *La proportion d’agents absents est surtout influencée par des facteurs qui relèvent de la question de l’autonomie (...). La clarté des consignes de la mission, les perspectives d’enrichissement, l’utilisation et l’accroissement des compétences ou encore la reconnaissance. Les facteurs liés aux exigences émotionnelles et au sens du travail influent également sur les absences pour raison de santé. Ces deux thèmes sont récurrents (dans l’étude) et apparaissent dans les trois indicateurs de la mesure des absences : ils influent donc*

l'exposition, tout comme la fréquence et la gravité⁴²», détaille la Sham. Ces facteurs aujourd'hui appartiennent aux ressources managériales qui pourront agir auprès des équipes et impacter alors l'absentéisme.

Impacts sur la qualité des soins et de la prise en charge du patient

Le management a un lien direct sur la qualité des soins et la prise en charge du patient. Dès lors que le management est fragilisé par un mal-être ou une souffrance au travail de ses managers, il y a des conséquences sur la mission même de l'établissement de santé : apporter une qualité et une sécurité des soins auprès des patients. En effet, une étude portant sur les contextes organisationnels et managériaux des unités de soin, tels qu'ils sont perçus par les acteurs des établissements de santé montre que *« les dimensions organisationnelles et managériales du contexte des unités de soins constituent une piste explicative d'échec ou de succès des démarches « qualité » à l'hôpital⁴³ »*. La Haute Autorité de Santé⁴⁴ a repris et analysé cette étude en mettant en avant l'existence *« spirale organisationnelle et managériale vertueuse et vicieuse⁴⁵ »* en fonction des services. La qualité d'une prise en charge du patient serait ainsi liée notamment à *« un management favorable aux relations entre tous les professionnels, à leur coordination, au respect de l'individu dans la prise de décision collective, à la faible fréquence des conflits ; des attitudes au travail tournées vers l'engagement, la satisfaction au travail et la propension à rester dans le service ; un soutien hiérarchique, avec une image positive des supérieurs, perçus comme visionnaires et stimulants, également à l'écoute de chacun⁴⁶ »*. Si ces facteurs de QVT, mobilisés par les managers, ne sont pas réunis, il apparaît alors qu'il y aurait un *« échec des démarches qualité à l'hôpital⁴⁷ »*.

Aussi, pour illustrer les impacts indirects ou directs sur la prise en charge des patients qui sont témoins de difficultés au sein des équipes. On peut voir que *« quand l'atmosphère est telle que « ça pète » sans arrêt, il est difficile d'éviter que les malades n'en subissent quelques retombées, mêmes si cela n'est pas automatique⁴⁸»,* alors que les managers de santé, médicaux ou cadres de santé, auraient ainsi une mission officielle, celle d'être *« responsables de la qualité et de la sécurité des soins, d'être garants du respect du point de vue des patients⁴⁹ »*.

⁴² Sham, Sofaxis, Neeria. Hôpital & médico-social – *« Qualité de vie au travail et santé des agents »*. Risk Management. juin 2018

⁴³ Sibé M, Domecq S, Kret M, Saillour-Glenisson F. *« Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête trans- versale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet© »* J Gest Econ Méd 2012;30(7-8):491-508.

⁴⁴ Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de littérature. 2016

⁴⁵ ibid.

⁴⁶ ibid.

⁴⁷ ibid.

⁴⁸ Frederik Mispelblom Beijer. *« Qualité de vie au travail et soins, les défis des cadres de santé »*. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

⁴⁹ ibid.

1.2.2 Le bien-être au travail du manager : leviers et forces pour l'établissement et les équipes

A) Un levier pour améliorer les conditions de travail des équipes et prévenir les risques psychosociaux

Il appartient au manager d'apporter toutes les ressources permettant à son équipe d'avoir des conditions de travail favorables pour répondre aux objectifs et aux missions. Le rôle du manager est également celui de prévenir les risques psycho-sociaux de ses collaborateurs. En effet, *« parler de risques psychosociaux conduit inévitablement à parler de management et du rôle des managers. Le manager peut être à l'origine de RPS ou une cible potentielle puisqu'il est l'interface entre son équipe et son propre encadrement, mais c'est également un détecteur et un préventeur des risques psychosociaux pour les membres de son équipe. Si la prévention a été insuffisante, le manager peut également jouer un rôle d'acteur afin d'aider les membres de son équipe en détresse⁵⁰ »*. Mais pour pouvoir jouer ce rôle de préventeur et d'acteur pour le soutien de ses équipes, il est nécessaire que le manager soit lui-même « bien au travail » et qu'il ait pu bénéficier lui aussi d'un soutien et d'un accompagnement. Le manager qui aura pu être formé au management, qui bénéficiera des soutiens de ses pairs et qui aura pu globalement bénéficier d'actions de qualité de vie au travail, pourra alors être le soutien nécessaire de son équipe. Ainsi, *« si le soutien est essentiel, c'est un levier pour agir, d'abord pour que l'équipe tourne bien. (...) le cadre joue sur deux tableaux : offrir un soutien constant à ses équipes (le soutien de la hiérarchie) et garantir les espaces de dialogue permettant de développer le soutien entre pairs⁵¹ »*. Aussi, le manager disponible permettra aussi de créer, maintenir et renforcer un environnement serein pour son équipe. En effet, la disponibilité du manager, qui est renforcé par son propre bien-être au travail permettra de proposer son temps, son aide pour son équipe. Ainsi, notamment *« lors de situations complexes, il est important que le manager soit présent dans une position de recours qui doit s'articuler autour d'une certaine disponibilité avec un dialogue permanent et une capacité de décision⁵² »*.

B) Une source d'innovation managériale pour l'établissement

Le manager n'est pas *« qu'un donneur d'ordres, c'est aussi un passeur en capacité de mettre en lien ceux qui doivent l'être. Il doit donc développer une stratégie qui l'amène*

50 IGAS. Etablissements de santé *« Risques psychosociaux des personnels médicaux recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques »*. TOME 1. Rapport 2016

51 Anouk Grevin. *« Agir sur la qualité de vie au travail »*. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p28-30

52 Michel Lavigne. Cadre supérieur de santé. encadré in. Mangeonjean Francis. *« Management et qualité de vie au travail »*. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

à piloter le groupe⁵³ ». C'est un passeur d'innovations managériales. Le manager peut développer une stratégie de pilotage de son équipe si les ressources, le temps et la reconnaissance sont présents pour son travail. Dès lors que ces facteurs sont présents, l'envie de véhiculer, de construire avec l'équipe de nouveaux outils et d'instaurer un management basé sur le dialogue et la participation, sont des leviers. Le bien-être au travail du manager lui permet de devenir « *manager jardinier* ». Il est alors dans les meilleures conditions pour mettre en place un management innovant et bienveillant. L'exemple de la démarche participative développée dans plusieurs services de soins montrent les vertus d'une innovation managériale auprès des équipes. Cette démarche participative repose sur un « *modèle de management d'équipe, visant à diminuer la souffrance des soignants pour améliorer les soins aux patients : création de staffs pluri-professionnels pour favoriser l'écoute entre les équipes et mieux cerner les besoins des patients, recherche de solutions collectives en cas de difficultés...*⁵⁴ ». Développée par le Professeur Philippe Colombat au sein des services de soins palliatifs et généralisée à l'ensemble des services hospitaliers au CHU de Tours, elle a permis d'améliorer la qualité de vie au travail des équipes médicales. Mais cette innovation managériale n'est possible que si elle est impulsée par un manager qui est convaincu, soutenu et dynamique. Si l'engagement ou plus largement la dynamique du manager est fragilisée ou rompue, ces types d'actions seront difficilement mis en place ou ne pourront pas être proposées.

Dans un contexte de management de qualité assurant aux managers leur qualité de vie au travail, des innovations impactant le management global pourraient être mises en place. Cela peut être le cas des « hôpitaux magnétiques » (Magnets Hospitals). Elaboré par l'American Nurses Credentialing Center, ce concept est considéré comme « *un vecteur efficace de bonnes pratiques managériales adaptable aux établissements de santé en France*⁵⁵ ». L'application de ces innovations n'est en revanche pas permise dès lors que , qu'il n'y a pas de motivation des équipes, qu'il n'y a pas de soutien « *des besoins de qualification notamment de l'encadrement de proximité en mettant en avant l'importance du collectif et des espaces de discussion*⁵⁶ » ou « *que les politiques sociales des établissements ne prennent pas en compte le nécessaire équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle*⁵⁷ », donc la présence d'une qualité de vie au travail dans l'établissement et particulièrement des porteurs de l'innovation que sont les managers. Le concept repose ainsi sur 5 piliers : « *1. Un leadership transformationnel faisant preuve de bienveillance*

⁵³ Michel Lavigne. Cadre supérieur de santé. encadré in. Mangeonjean Francis. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37.

⁵⁴ Communiqué de Presse. Université François-Rabelais de Tours. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. Septembre 2016

⁵⁵ FHF – "Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus. Rapport 2018

⁵⁶ FHF – "Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus. Rapport 2018

⁵⁷ Ibid.

(care) vis-à-vis des patients comme du personnel ; 2. Des pratiques professionnelles exemplaires favorisées par ; 3. L'empowerment des équipes cliniques dans un cadre organisé par des normes professionnelles et ; 4. La valorisation et l'approfondissement de leurs compétences par la formation continue, qui à son tour favorise ;5. Un état d'esprit propice à la recherche et à l'innovation⁵⁸ ».

C) Les managers animateurs et leviers de la QVT dans l'établissement

Les managers ont un rôle d'animation et d'accompagnement de leur équipe. Leurs missions imposent alors d'agir naturellement pour la qualité de vie au travail de leurs collaborateurs. Ils sont animateurs et leviers de la QVT auprès de leurs équipes. Ainsi, si le manager est bien positionné, avec des objectifs clairs et une responsabilité définie, il pourra mettre en place des actions valorisantes auprès de l'équipe. S'il est donc motivé il pourra communiquer cette motivation et cette envie d'avancer ; *« alors il pourra transmettre ce mode de pilotage autour d'objectifs accompagnés, de responsabilité partagée à travers le principe de subsidiarité. En animant et accompagnant son équipe, le manager développe ainsi une cohésion et renforce le principe du travail au sein d'une même structure »*. Ainsi, *« un pilotage affirmé, légitimé aura pour fonction de donner aux collaborateurs un cadre de fonctionnement connu, maîtrisé, sur lequel chacun peut influencer. Ce cadre de responsabilité partagé contribue alors au bien-être au travail grâce à une motivation renforcée⁵⁹ »*.

Les managers véhiculent et entretiennent la confiance au sein des équipes et donc dans l'établissement. Cette confiance est, nécessairement dans un premier temps, travaillée avec les managers pairs pour construire le terrain de confiance avec les pairs et la hiérarchie. La culture de l'échange et de la bienveillance sera donc intégrée et le manager en sera le meilleur ambassadeur auprès de l'équipe. Dès lors, les managers pourront par exemple, proposer des organisations avec des tâches planifiées autour d'horaires réorganisées permettant ainsi de construire, dans les limites convenues en établissement, une modulation des organisations de temps et horaires de travail des collaborateurs. Le manager pourra permettre à son équipe de *« s'organiser comme elle l'entend en restant dans le périmètre établi dans sa fiche de poste (...) avec des temps nouveaux de régulation et coordination⁶⁰ »*. Cette confiance permet ainsi de donner l'occasion à l'équipe de *« penser son travail »* donc penser sa qualité de vie au travail.

⁵⁸ *ibid.*

⁵⁹ Francis Mangeonjean. *« Management et qualité de vie au travail »*. Dossier Soins Cadres n°106, mai 2018 p34-37

⁶⁰ Michel Lavigne, Cadre supérieur de santé. encadré in. Francis Mangeonjean. *« Management et qualité de vie au travail »*. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p34-37

La richesse et la motivation des managers sont des leviers pour construire une action QVT dans l'établissement. Ils sont forces de proposition et peuvent ainsi apporter une vision pragmatique et sincère des préoccupations de leur équipe. La mobilisation d'actions QVT au sein d'un établissement, ne doivent pas systématiquement être celles proposées par des organismes extérieurs ou adaptées d'un établissement à un autre. Le principe même d'une démarche de qualité de vie au travail est d'innover et d'expérimenter. Il s'agit de replacer les managers au cœur de la production des outils QVT et de la prévention des risques psycho-sociaux afin que chaque cadre, responsable, chef, directrice ou directeur soit ambassadrice ou ambassadeur QVT et une préventrice ou préventeur des risques psycho-sociaux. Max Masse formule ainsi une hypothèse où les managers sont au cœur de la construction de la sécurité et la santé au travail : « *la préservation de la santé et de la sécurité au travail dépend en premier lieu de l'encadrement et de sa capacité à favoriser un travail de qualité, une QVT et chaque fois que possible le bien-être au travail*⁶¹ ». C'est cette capacité des managers qu'il faut entretenir. Elle ne sera permise que si le manager est satisfait de sa qualité de vie au travail. Les managers aujourd'hui ne doivent plus « *gérer les risques professionnels comme une contrainte externe supplémentaire externe aux activités considérées prioritaires mais de construire la santé et la sécurité au travail au quotidien, c'est-à-dire dans et par le travail*⁶² ». Et, c'est en ayant vu les bienfaits pour son propre bien-être et la mobilisation d'outils participatifs que le manager pourra, à son tour, mettre en place des actions dans son ou ses équipes permettant alors de « *prendre en compte dans les décisions managériales de tous les niveaux, et de permettre une expression directe des agents sur le travail en train de se faire*⁶³ ». En étant eux-mêmes passifs d'une démarche QVT qui leur est destinée ils ne « *s'épuiseront plus à porter un fardeau lourd pour eux mais s'attacheront à accompagner et enrichir les processus en cours*⁶⁴ ».

⁶¹ Max Masse – « *Gouvernance, dialogue social et bien-être au travail* » in Olivier Bachelard (coord). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP 2017

⁶² *ibid.*

⁶³ *ibid.*

⁶⁴ *ibid.*

L'environnement hospitalier connaît aujourd'hui de profondes mutations. Les acteurs de l'hôpital connaissent une période, pour certains de « transition » pour d'autres « d'ajustements », mais ils sont aussi confrontés à une dégradation de leurs conditions de travail et une baisse de la satisfaction au travail. Des actions visant à améliorer la qualité de vie au travail se multiplient avec des objectifs et des résultats qui peuvent être pertinents. Mais, « *la QVT ne se décrète pas. Elle repose sur la volonté de se lancer dans une expérimentation, de se faire à l'idée de tâtonner, de se tromper et de la poursuivre*⁶⁵ », il appartient dès lors aux établissements de santé d'innover dans leurs démarches afin de toucher davantage le management et ses porteurs, les managers.

Au regard des réflexions précédentes, une démarche a été proposée au CHD Vendée afin d'accompagner des managers de proximité pour encourager la participation, l'échange et agir sur leur qualité de vie au travail. C'est cette démarche que je vous propose de vous exposer.

⁶⁵ Liarozos. Olivier. « *La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ?* » Dossier Qualité de vie au travail. Soins Cadres n°106 mai 2018 p18-21

2 Une démarche Qualité de Vie au Travail ciblée managers : approche, méthodologie et outils développés auprès des managers de proximité du CHD VENDEE

2.1 Construire une démarche établissement : La démarche QVT Managers au Centre Hospitalier Départemental Vendée : démarche ciblée managers non médicaux de proximité

L'objectif d'une démarche QVT est de «*penser le contenu du travail*», lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnels⁶⁶. La construction d'une démarche en établissement doit avoir comme socle la «*pensée du travail*» et plus spécifiquement, s'il s'agit d'une démarche ciblée managers, conserver une «*pensée managériale*» tout au long du processus. C'est avec une «*pensée managériale*» qu'a été plantée et cultivée, comme un manager-jardinier, une démarche au Centre Hospitalier Départemental Vendée ciblée auprès des managers de proximité non médicaux.

2.1.1 Construction de la démarche

A) Une approche démarche QVT managers ciblée et spécifique

a) La prise en compte du contexte de l'établissement

Le Centre Hospitalier Départemental de Vendée (CHD) est un établissement composé de 3 sites, comprend environ 1660 lits et places près de 300 praticiens et 3 500 personnels non médicaux. Il est intégré dans une direction commune comportant les établissements suivants : Le CH Côte de Lumière (Les Sables d'Olonne), le CH de Fontenay le Comte, l'Hôpital des Collines Vendéennes (La Chataigneraie) et les EHPAD de La Chaize le Vicomte et du Fil de la Maine (Saint-Fulgent et Chavagnes-en-Paillers). Il est établissement support du GHT 85 comportant outre les établissements de la direction commune, le Centre Hospitalier Loire Vendée Océan et l'EPSM Vendée Georges Mazurelle. La coopération et la logique territoriale sont fortement implantées au CHD. L'exercice au CHD est multi-site et les managers ont l'habitude d'être sur 2 ou 3 sites différents avec les équipes territoriales mises en place. Le nombre de séjours hospitaliers connaît une progression régulière de près de 5% en moyenne

Le CHD Vendée a également connu plusieurs restructurations d'activités (*ouverture en 2017 d'un plateau de spécialités digestives: fusionnant deux secteurs, le médical et le*

⁶⁶ Haute Autorité de Santé. 10 questions sur la QVT en établissement de santé. Memento.

chirurgical), ouvertures de services (*développement de la médecine nucléaire notamment*), et des transformations d'ailes architecturales (*reconfiguration complète d'un nouveau plateau de consultations*). Les managers de proximité ont notamment été des acteurs de ces évolutions d'activités et particulièrement sollicités lors des projets importants.

Le CHD Vendée connaissait une situation financière excédentaire depuis près de 10 ans jusqu'à 2017, où le contexte économique s'est détérioré avec un déficit annoncé. Non stabilisé, un montant de déficit important avait été évalué, entraînant alors une mobilisation particulièrement importante auprès des équipes pour une réflexion globale sur la pertinence des actes et l'efficacité de l'activité hospitalière. Les managers ont été en première ligne de ces travaux inédits. Néanmoins, après consolidation, le déficit a été moins important que celui annoncé, impliquant alors un changement de stratégie pour les managers.

Un nouveau directeur général a été nommé en septembre 2017. L'équipe de direction est en recomposition actuellement avec plusieurs intérimaires qui se sont succédés. Ces périodes de recomposition ont pu impacter ainsi les équipes administratives, logistiques et techniques au sein des directions concernées.

Au début de l'année 2018, la réflexion sur la QVT des managers cadres de santé et cadres administratifs, logistiques et techniques a été engagée avec la prise de conscience d'une transformation importante du management et de la structure. Les données, les outils et les charges de travail, notamment managériales ont été particulièrement impactés par ces changements. La conception d'une démarche qualité de vie au travail ciblée auprès des managers de proximité a pu être possible. Le contexte actuel n'a pas permis d'aborder immédiatement la réflexion sur la construction d'une démarche ciblée pour les managers médicaux.

b) *La mobilisation d'actions et leviers existants*

La démarche QVT managers ne devait pas être étrangère aux autres démarches et leviers QVT existants, dans l'établissement, dans d'autres établissements et au niveau national. En établissement de santé, il s'agit en premier lieu de mobiliser des outils dédiés à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé. En effet « *ces méthodes, qui reposent sur l'objectivation d'une situation, l'analyse de ses causes et la proposition d'actions, s'adaptent aussi à la démarche qualité de vie⁶⁷* ». Cette approche a permis ainsi de recentrer les motivations de la démarche autour de l'amélioration de la qualité de travail et donc de la qualité de la prise en charge des patients et résidents dans l'établissement.

⁶⁷ Allemand. Dominique. Qualité de vie au travail, un mythe ou une réelle opportunité. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p22-24

La présence d'outils, de kits, de méthodes présentés par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) est également une première étape pour mobiliser des moyens qui ont été éprouvés :

Liste non exhaustive d'outils et productions ANACT mobilisables :

- Guides : « Qualité de vie au travail », « la reconnaissance au travail », « les espaces de discussion »,
- La qualité de vie au travail : comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ? (HAS, ANACT)
- Outil de pilotage dynamique de la qualité de vie au travail
- Kit « Mettre en place des espaces de discussion »
- Préconisation et étapes du Livre blanc Apprendre à manager le travail
- Kit « L'usure professionnelle. Comment agir pour l'éviter »

L'ensemble de ces outils permettent d'aborder une démarche sur une base vérifiée et éprouvée, ils sont accessibles librement, facilement et gratuitement sur le site internet de l'ANACT.

Les démarches QVT engagées dans d'autres établissements apportent également une matière importante pour avoir connaissance des expériences positives ou négatives. Les Clusters QVT développés notamment la HAS⁶⁸ et l'ANACT⁶⁹ offrent des approches différentes sur les démarches QVT. Outre les enseignements méthodologiques pertinents de ces retours d'expériences, l'enseignement majeur pour initier une démarche QVT est d'expérimenter et innover.

Certaines démarches ou actions QVT ciblées auprès des managers ont montré également une mobilisation innovante et des résultats pertinents.

Au CHU de Montpellier, plusieurs travaux ont été engagés avec les cadres de proximité des équipes de soins, équipes techniques et des services gestionnaires. La démarche portait initialement sur la thématique globale du management au sein des établissements publics et l'aspect QVT a ensuite été présenté comme l'élément moteur de cette nouvelle approche de management. La première étape a été de lancer un « séminaire cadres » pour cibler les premiers axes de travail, la deuxième étape à travers la constitution de groupes de travail a permis de connaître plusieurs sujets et projets destinés à améliorer leur QVT, la troisième étape relève d'un choix d'établissement, consacrer un volet du projet établissement sur le management des cadres. Ce volet, qui constitue ainsi un projet managérial a été construit avec les managers qui ont défini quatre axes : *le repérage des potentiels et attractivité de la fonction managériale, formation et accompagnement des managers, vie de la communauté managériale et faire du CHU un labo de nouvelles*

⁶⁸ Retours d'expérience d'établissements engagés dans des clusters sociaux sur la qualité de vie au travail. Recueil de cas. HAS. Septembre. 2017

⁶⁹ La démarche QVT dans les établissements de santé - Le Cluster QVT Provence-Alpes-Côte d'Azur. ANACT ARS PACA.

pratiques managériales. Les groupes de travail ont ensuite voté pour choisir des sujets « prioritaires ». Un projet parallèle est également en cours pour les équipes de direction avec l'objectif de créer in fine une communauté managériale agile, soudée et apte à porter les managements.

Au sein du Centre Hospitalier de Saint-Lô et de Coutances, une politique QVT a été élaborée dans l'établissement avec une composante managériale importante. Rémi Delekta, directeur des ressources humaines précise ainsi que « 80% de la QVT vient du management, donc agir sur la QVT c'est agir sur le développement des compétences managériales⁷⁰ ». Des formations proposées pour améliorer les compétences managériales sont coordonnées par une équipe de 15 managers : une équipe baptisée « Manage'up » et dotée d'une enveloppe de 30.000 euros par an pour proposer un programme de formation. Ces formations portent notamment sur, le développement personnel, la gestion du temps et la gestion de projet. D'autres actions ciblées managers ont été mises en œuvre dans cet établissement, notamment, la mise en place d'une grille d'évaluation collective, des journées baptisées « Vis mon job », et des fiches d'événements « désirables » (pour une traçabilité des événements qui fonctionnent) « afin de contrebalancer les fiches d'événements indésirables ».

c) Le choix d'une philosophie spécifique pour la démarche

Une démarche QVT doit permettre « d'inviter à l'échange entre tous les professionnels pour nourrir le dialogue social sur les véritables enjeux de l'établissements et se traduit par un management participatif et la convergence avec la politique qualité et gestion des risques⁷¹ ». La démarche QVT managers au CHD Vendée a été conçue autour de deux piliers : le management participatif et l'intelligence collective. L'objectif est de pouvoir construire une démarche et des actions QVT en favorisant au maximum l'échange et la participation de tous les managers. La démarche devait également répondre à l'exigence de qualité du travail auprès des équipes : agir pour les managers c'est mieux agir pour les équipes qui en bénéficieront. Concernant la démarche participative de cette action, les travaux de Philippe Colombat ont été particulièrement intéressants pour adopter une philosophie plaçant le management comme impact sur le bien-être ou la souffrance des équipes. Ce management participatif a en effet un impact fort sur le bien être des équipes: « il favoriserait le travail en équipe, la reconnaissance du travail et le soutien de chacun⁷² ». Il s'agissait alors de conserver les valeurs de ce management participatif pour les communiquer dans la construction de la démarche basée sur la participation et le dialogue des managers conviés aux rencontres QVT qui leur étaient dédiées. Enfin, la

⁷⁰ Propos recueillis par Techopital.com – article du 19/07/2018

⁷¹ Allemand. Dominique. « *Qualité de vie au travail, un mythe ou une réelle opportunité* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p22-24

⁷² Haute Autorité de Santé. *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Revue de littérature. Janvier 2016

démarche est fondée sur une valorisation de l'intelligence collective à travers la production d'un groupe solidaire et respectueux. La méthode employée pour la démarche devait mettre en avant les valeurs de respect, d'écoute, de solidarité, de bienveillance et de construction collective. Cette construction porte aussi bien sur les réflexions, les propositions ou le montage de projets. Ainsi, il ne s'agissait pas d'apporter aux managers des solutions préparées, finalisées, clés en main mais au contraire de construire collectivement.

B) Une composition de groupes et mobilisation d'acteurs pour des objectifs et résultats attendus

a) Détermination des groupes cibles

Le contexte de l'établissement et l'existence de groupes de managers qui se réunissaient déjà régulièrement ou s'étaient déjà réunis ont impacté le choix des groupes cibles pour la démarche. Deux groupes de managers de proximité ont été identifiés : le groupe des cadres de santé et le groupe des cadres administratifs, logistiques et techniques. Le premier, celui des cadres de santé, est un groupe qui se rassemble et se réunit lors des « réunions cadres de santé » organisées par la direction de soins. Le second, en revanche ne se réunit pas et n'a pas de lieu de rencontre dédié.

Dès lors, le choix de déterminer deux groupes et non un seul était motivé par la création d'une rencontre entre les cadres administratifs, logistiques et techniques, qui par leur diversité devaient avoir leur propre groupe. Ainsi, avoir deux groupes avec des particularités différentes peut permettre d'aborder certains sujets spécifiques sans avoir à isoler certains membres qui ne seraient pas concernés par les échanges.

La composition du groupe cadres de santé a été déterminée sans difficulté au regard de la nature de leurs fonctions. L'ensemble des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé (dont ceux en missions transversales à la direction des soins) ont été invités, soit 91 managers sur les trois sites de l'établissement. Néanmoins, la composition du second groupe a été plus complexe. En conservant l'objectif de l'échange libre et constructif, le choix a été de composer le groupe des managers administratifs, logistiques et techniques avec des managers en responsabilité d'équipe et en lien hiérarchique direct avec un directeur. La composition de ce groupe a été déterminée pour garantir les discussions entre « pairs », soit 18 managers ciblés.

Pour lancer la démarche, il était nécessaire de cibler des groupes afin de construire des actions adaptées. Cependant, la démarche demeure globale avec le souci constant de faire des liens entre ces deux groupes, en informant des avancées de l'un à l'autre groupe.

b) Mobilisation des acteurs pour la conception et l'animation

La conception et l'animation de la démarche exige une concertation et une information de différents interlocuteurs.

Le lancement de la démarche s'est fait en lien avec la direction générale, la direction des ressources humaines et la direction des activités de soins. Une fois le principe adopté, les orientations ont été discutées au sein du comité de pilotage de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux (COPIL QVT RPS) existant dans l'établissement. Ainsi, dès la phase de conception, les représentants syndicaux et la médecine du travail, présents au sein du COPIL, ont été concertés. Le COPIL QVT RPS a été régulièrement tenu informé de l'avancée et des résultats de la démarche QVT managers.

La conception de la démarche a reposé sur une participation étroite d'un acteur clé pour chacun des deux groupes. Le directeur coordonnateur général des soins a été pleinement associé à la construction des rencontres et des ateliers pour le groupe des cadres de santé. Son positionnement dans la démarche a été capital pour construire un échange avec les cadres de santé. Il s'agissait ainsi de rompre, pour la démarche, la logique « réunion cadres de santé » pour laisser place à « des rencontres » co-pilotées avec le directeur des soins pour penser le travail des cadres de santé. Concernant le groupe des cadres administratifs logistiques et techniques, la participation active d'un membre identifié a été majeure pour la construction des ateliers. Cela a en effet permis de cerner des attentes spécifiques et de pouvoir construire des ateliers dans un but de fédérer un groupe qui ne se rencontre jamais. Cependant, le positionnement de cet acteur doit être appréhendé en prenant en compte la nécessité de ne pas lui laisser qu'une place active (c'est-à-dire en animation) mais de lui garantir aussi un positionnement passif afin que cet acteur puisse bénéficier pleinement de la démarche.

La construction des rencontres s'est également réalisée en lien avec le service qualité et gestion des risques, dans sa dimension prévention des risques psychosociaux afin de bénéficier d'une méthodologie particulière liée aux exigences qualité. Au cours de la démarche, une attention particulièrement a été portée à communiquer les avancées au service qualité.

c) Objectifs et résultats attendus de la démarche

La démarche repose sur quatre objectifs fixés dès la conception :

1. Échanger avec les acteurs des groupes créés autour du travail et de leur qualité de vie au travail. Chaque manager doit pouvoir échanger afin de participer et permettre une construction collective. L'ensemble de la démarche doit faciliter la participation de toutes et de tous afin d'avoir des échanges de qualité et reconnus par les pairs du groupe.
2. Connaître les leviers, les besoins, les attentes de la qualité de vie au travail des managers dans l'établissement. La démarche doit permettre, par l'expression libre, de mettre en avant les éléments clés de la QVT du groupe ; les leviers de

satisfaction au travail afin de les renforcer, les besoins afin de les identifier et les attentes afin de les comprendre.

3. Avoir des pistes de réflexion et de solution partagées. Le format de la démarche doit pouvoir faciliter la réflexion et permettre de proposer des solutions, le tout dans un cadre propice au partage bienveillant entre les acteurs.
4. Accompagner une démarche avec les managers pour créer une dynamique positive par un encadrement mobilisé. En conservant la philosophie de la démarche mettant en avant la démarche participative, les managers doivent se sentir responsabilisés et mobilisés pour construire leur propre qualité de vie au travail. La démarche doit favoriser l'intelligence collective du groupe.

Les résultats attendus sont ceux que l'on peut attendre de toute démarche QVT en établissement. Il s'agit plus précisément pour ce type de démarche d'établir un état des lieux des préoccupations des managers. Cette démarche peut être ainsi le premier moment où les managers sont amenés à présenter leurs préoccupations concernant leur travail et leur management. Il s'agit alors de dresser un portrait du niveau de la qualité de vie au travail des managers. La démarche QVT managers doit également aboutir à construire un collectif voir un groupe qui peut œuvrer et construire ensemble. Cette dynamique de groupe doit pouvoir établir ses bases grâce à cette démarche de rencontre et de construction collective. Ce collectif lié par la démarche QVT, doit aboutir alors à des propositions concrètes, à des projets améliorant la QVT des managers. Enfin, la démarche doit pouvoir démarrer une dynamique QVT auprès des managers pour qu'ils puissent eux-mêmes être des leviers QVT au sein de l'établissement. La démarche doit alors avoir un impact sur l'amélioration globale de la qualité de vie au travail.

La démarche doit enfin, proposer un schéma permettant de créer une dynamique QVT qui s'autoalimente et que les managers s'approprient collectivement.

2.1.2 Outils et méthode développés : mobiliser, s'investir, innover

A) Mobiliser, interroger et construire avec les managers

La démarche au CHD Vendée a été construite en 3 étapes, soit trois rencontres. La notion de réunion a été proscrite afin de couper avec les espaces classiques rassemblant les acteurs. Pour chaque groupe, trois rencontres ont été fixées et le principe de la liberté de participation a été communiqué.

1^{ère} étape : Mobiliser les managers, interroger et échanger sur la qualité de vie au travail et le management

La première rencontre a permis de lier des managers qui n'échangeaient pas ou très peu entre eux. Ce fut notamment le cas des managers administratifs, logistiques et techniques qui pour certains, se sont rencontrés pour la première fois. Afin que chaque participant puisse connaître l'autre, une approche par portraits croisés a été proposée. Ces portraits ont permis de lier les manager entre eux.

Portrait(s) de groupe des managers administratifs, logistiques et techniques : Lors de la première rencontre de ce groupe, chaque participant a dû répondre à un questionnaire afin de donner des informations, permettant de connaître les années de management au CHD Vendée, la nature et les missions des postes de chacun, des éléments plus personnels, tels qu'une couleur ou « un objet que vous choisirez pour partir en aventure ». Un questionnaire en ligne connecté en direct, a permis de dresser un portrait des managers, et les portraits de chacun avec la photo préalablement prise lors de l'accueil des participants. Les portraits ont été affichés sur un écran et chaque manager a pu s'exprimer pour se présenter librement. L'ensemble des portraits a ensuite été complété avec les échanges oraux et une restitution globale a été envoyée à chaque manager pour que chacun puisse garder ces portraits. Les détails de la réalisation de ces portraits sont en annexe 2.

Mobiliser les managers sur la notion de qualité de vie au travail et leur perception sur leur qualité de vie au travail a permis à chaque participant de définir, à travers les échanges, sa propre notion de la qualité de vie au travail. Les interventions orales ont permis de construire un échange entre managers sans la participation de l'animateur. Afin de faciliter la participation de chaque manager, des outils numériques spécifiques ont été utilisés pour permettre à la fois une participation orale et une participation écrite pour ceux qui ne souhaitaient pas, dans un premier temps, s'exprimer publiquement.

Utilisation de Kahoot© :

Cet outil numérique connecté, a permis à chaque manager présent, de participer avec son smartphone à un questionnaire en insérant simplement, dans son moteur de recherche, un code. Les questions et réponses sont diffusées sur grand écran. Chaque participant voit sur son portable les possibilités de réponse et ne peut en choisir qu'une seule. Très intuitif, cet outil a rapidement et facilement pu être pris en main. Le caractère ludique de l'outil a été particulièrement apprécié. Les participants avaient 60 secondes pour répondre à une

seule proposition, de manière anonyme. Le caractère rapide et unitaire de la réponse est voulu afin que le participant donne spontanément une réponse qui lui est intimement forte. Les échanges qui succèdent au questionnaire, permettront ensuite de compléter et de donner un sens collectif aux réponses.

Les questions, adaptées pour chaque groupe, ont permis de cibler des sujets spécifiques afin de démarrer la discussion et de la prolonger avec les réponses de chacun. L'objectif n'était pas de réaliser un questionnaire avec des résultats « significatifs » à l'instar d'étude ou de questionnaires de satisfaction. Son utilisation a permis d'observer des grandes tendances et d'ouvrir les échanges qui en ont été plus riches.

Questions / réponses proposées au groupe des cadres de santé :

(Le questionnaire a été élaboré avec les acteurs pilotes des groupes, en prenant en compte les items communs des démarches QVT et des outils existants pour cibler les besoins, les sources et leviers liés au management à la qualité de vie au travail. Ces choix n'ont pas de caractère académique. Ces questions permettent d'animer les discussions)

<p>1. La démarche QVT c'est...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une priorité - Une utopie - Un pari - Une richesse 	<p>2. La QVT du manager c'est...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apporter des croissants - Bénéficier de bonnes conditions de management - Équilibrer sa vie privée et vie professionnelle - Avoir des moyens pour améliorer la QVT de son équipe
<p>3. Parmi ces facteurs déterminants de la QVT quel est, selon vous, le plus important ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conditions de travail - La capacité à s'exprimer et à agir - Le sens du travail - Le fait d'occuper un travail apprenant et mobilisant 	<p>4. Quelle est selon vous la principale difficulté à gérer au quotidien ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion quotidienne des équipes - Les relations avec les pairs, la hiérarchie et le corps médical - La charge des tâches de cadre - La gestion des patients et de leur famille
<p>5. Quelles sont, selon vous, les situations les plus difficiles à gérer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conflits relationnels - Les conflits de valeur - La surcharge de travail - La non reconnaissance du travail accompli 	<p>6. Parmi ces éléments lequel aurait le plus d'impact sur l'amélioration de votre QVT ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un temps d'expression de parole - Une autonomie plus forte - Un meilleur accompagnement - Un droit à la déconnexion
<p>7. Quel est, selon vous, le principal facteur permettant de gérer son stress ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - La capacité à prendre du recul, l'expérience - L'optimisme - Les ressources internes : échanges, relations ... <p>Les ressources externes : vie privée, loisirs...</p>	

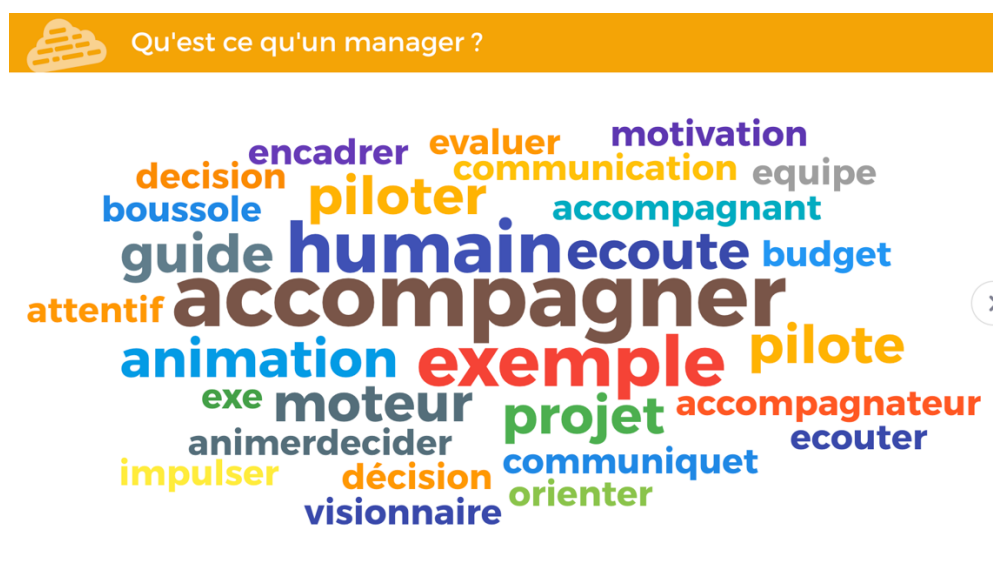
Après chaque question, les réponses étaient affichées et permettaient ensuite de donner la parole au groupe pour compléter les réponses, échanger sur la question et les réponses proposées. Pour certaines questions, une nette tendance majoritaire, voire une égalité entre deux réponses, ont été sources d'échanges particulièrement riches entre participants. Des extraits de réponses pour les deux groupes sont en annexe 3.

Utilisation de Beekast© :

Beekast© est un outil conçu pour l'animation des formations, des enseignements et des événements. L'outil permet de mobiliser plusieurs fonctionnalités pour transformer des réunions en moments collaboratifs : *mur de message, nuage de mots, vote, formulaire, brainstorming, challenge, classement de propositions, priorisation et autres*. Beekast© a été utilisé pour animer les rencontres du groupe des cadres administratifs, logistiques et techniques. Les participants avaient ainsi un moyen d'interagir chacun grâce à leur smartphone ; les ateliers et les résultats étaient affichés en direct sur grand écran.

Lors de cette première étape, les managers ont pu utiliser l'atelier « nuage de mots » afin de répondre à la question « *qu'est-ce qu'un manager ?* ». Cet atelier a permis à chacun d'exprimer avec plusieurs mots, librement et anonymement ce que « manager » pouvait leur signifier.

Figure 3 Résultats de l'atelier "Nuage de mots" groupe des managers administratifs, logistiques et techniques



Au sein des deux groupes, les échanges sur les notions de qualité de vie au travail, de satisfaction au travail, de bien-être au travail, ont mis en avant un besoin d'être accompagnés pour accompagner les équipes. Le sens de la démarche a été de fait appréhendé par l'ensemble des participants : « *construire ensemble une QVT managers pour accompagner des meilleurs leviers QVT pour les équipes* ».

2^{ème} étape : Partager des idées et des solutions QVT pour les managers

Après avoir échangé sur les éléments de la qualité de vie au travail, les managers ont été amenés à débattre sur des expériences de management variées, proposées par les animateurs ou les participants. Chaque expérience présentée, était soit fictive soit réelle et présentait un impact sur le bien-être des managers et des équipes. Il s'agissait notamment des expériences suivantes : « *Entreprise sans managers* », « *Déconnexion au self* », « *Vis ma vie de manager* », « *Mise en place d'un espace convivial de co-working managers* »...

La démarche s'est poursuivie en proposant à chaque participant d'imaginer une action/proposition pour améliorer leur qualité de vie au travail. Ils étaient invités à proposer toute solution imaginable ou inimaginable. L'objectif était de libérer les participants de tout préconçu de l'impossible et de discuter ensuite ces propositions collectivement.

Pour le groupe managers cadres de santé :

Outils utilisés :

- inscription des propositions sur post-it de différentes couleurs. Les managers pouvaient remplir autant de post-it qu'ils le souhaitaient, individuellement ou par groupes.
- affichage de manière dématérialisée des post-it saisis numériquement par les animateurs (voir figure 4) sur grand écran en direct (utilisation de l'outil Scrumblr©)

Résultats :

- Participation de 42 cadres de santé
- 105 propositions
- 6 thématiques identifiées

Discussion :

La phase de discussion des actions proposées a permis de confirmer 6 thématiques (voir figure 5), en précisant à l'intérieur de chacune, les actions et solutions amenées par les managers. Ces dernières ont été complétées, présentées par certains managers afin de mettre en avant des attentes et des besoins. Cette phase a également été l'occasion de « *travailler la culture du partage* » entre pairs. Les échanges ont permis de diminuer, voire faire disparaître la « *Crainte du jugement* ». Les managers ont perçu l'intérêt de l'entraide et de la construction collective.

Figure 4 Extrait du tableau numérique projeté reprenant les actions/solutions apportées par les managers participants Groupe des cadres de santé



Figure 5 Synthèse de la répartition des actions/propositions en thématiques concertées avec le groupe Groupe cadres de santé

Thématiques	Nombre	%
Formation / Accompagnement	11	10,5%
Contenu du travail	16	15,2%
Échanges / rencontres	28	26,7%
Réponses au stress professionnel / bien-être au travail (sur temps de travail)	18	17,1%
Cohésion groupe Cadres de Santé	11	10,5%
Management	21	20,0%
TOTAL	105	

Pour le groupe managers cadres administratifs, logistiques et techniques :

Outils utilisés :

- Utilisation de l'outil « *Brainstorming* » de Beekast© pour que chaque participant puisse inscrire une action ou un projet via son smartphone anonymement. La proposition sera affichée en direct sur grand écran afin que les managers puissent compléter, « aimer (liker) » une proposition ou en ajouter.

Résultats :

- Participation de 18 managers
- 27 propositions différentes

Discussion :

Les échanges ont porté sur les propositions apportées ; Chaque manager pouvait préciser et ajouter des éléments aux actions proposées. Cette discussion a permis de choisir certaines propositions, de les regrouper et de les classer lors d'un vote où chaque manager pouvait répartir 10 points sur les sujets regroupés afin de déterminer un tableau d'items classés. 13 « items » ont été choisis, discutés et déterminent une sorte de « feuille de route » pour approfondir chaque item selon les priorités définies (voir figure 6)

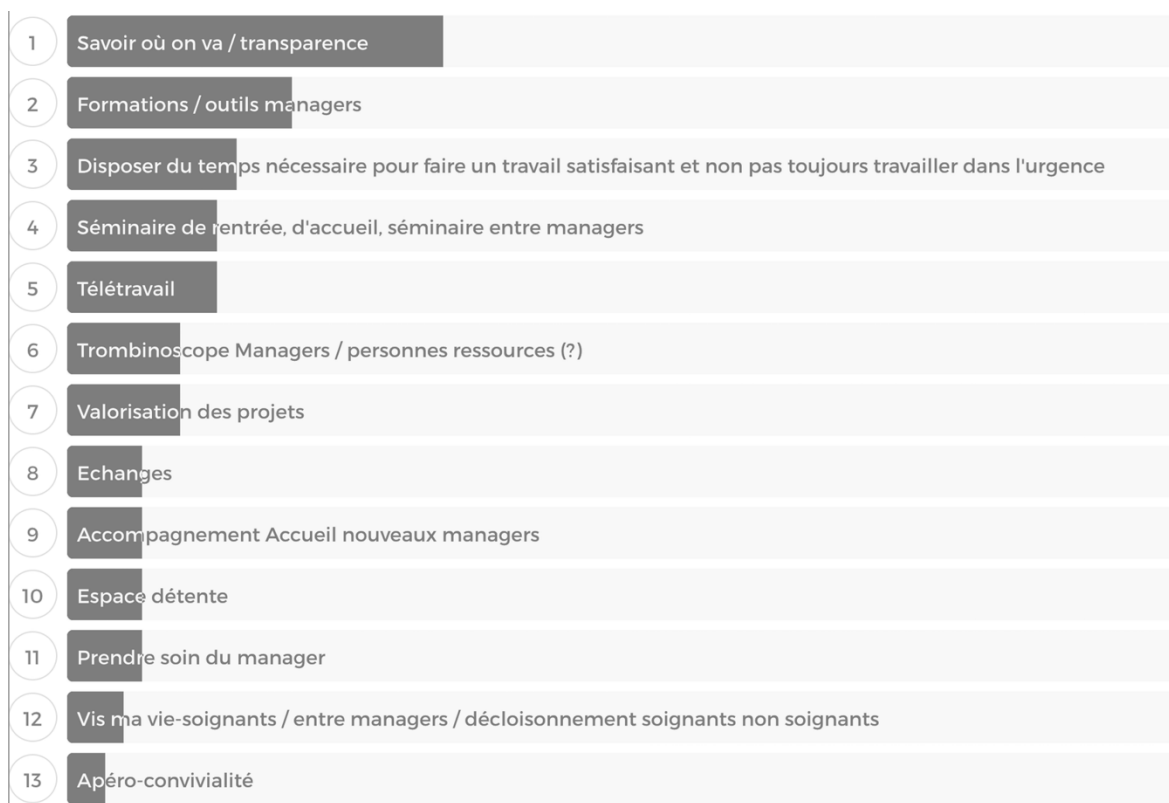


Figure 6 Détermination et classement des items QVT par le groupe des managers administratifs, logistiques et techniques

L'ensemble de cette étape est fondée sur la participation, écrite et/ou orale, de tous managers et a permis d'aboutir à des échanges entre pairs et à une création qui leur est propre.

3^{ème} étape : Construire des projets améliorant la qualité de vie au travail des managers

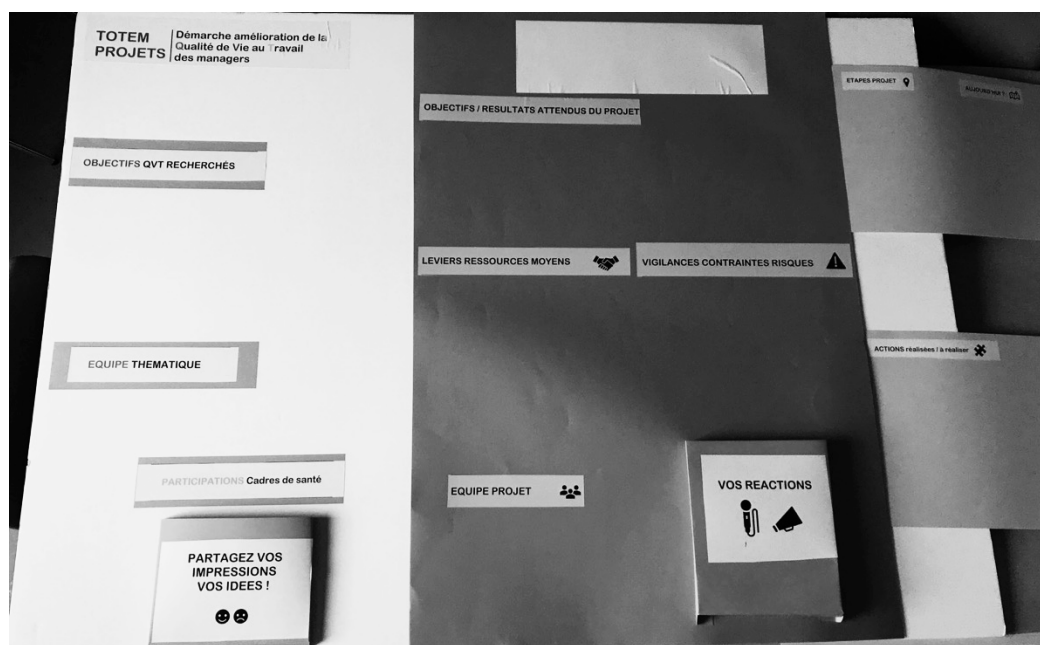
Cette étape constitue le moment clé pour la démarche : le choix et la construction de projets QVT par et pour les managers. La démarche doit accompagner et faciliter la construction des projets des managers. Pour cela, des outils de management visuel ont été créés et une approche ateliers a été privilégiée. La démonstration suivante sera celle de

l'étape menée avec le groupe cadres de santé. Le groupe des managers administratifs, logistiques et techniques sera amené à choisir des projets dès septembre 2018.

Dans un premier temps, les managers ont été amenés à choisir les thématiques qu'ils souhaitent approfondir lors de cette étape. Les six thématiques ont été retenues et les managers ont été invités à s'inscrire dans les ateliers correspondants à celles-ci :

« Formation / Accompagnement », « Contenu du travail », « Échanges / rencontres », « Réponses au stress professionnel / bien-être au travail (sur temps de travail) », « Cohésion groupe Cadres de Santé » et « Management ».

Un format particulier d'atelier a été proposé aux cadres de santé. Créer des petits groupes par thématiques pour choisir des projets dans chaque thématique. Pour construire les projets, la méthode de management visuel a été privilégiée. Les animateurs ont donc construit des supports « type TOTEM », de manière à avoir un TOTEM par thématique et des feuilles annexes représentant un ou deux projet(s) par thématiques.



La base du totem représente la thématique avec les « objectifs QVT recherchés » et l'« équipe thématique ». Une ou deux fiche(s) projet(s) sont également distribuée(s) afin de proposer les bases d'un projet avec les « objectifs/résultats attendus du projet », les « leviers / ressources / moyens », les « vigilances / contraintes / risques », « équipe projet » et des éléments amenés à être modifiés régulièrement : « étapes projets » et « actions à réaliser ou réalisées ».

Afin de compléter les totems, les participants avaient à leur disposition, du matériel papier simple d'utilisation avec des codes couleurs dédiés.

Enfin, sur chaque base de totem (les thématiques) et sur chaque feuille projet, des « boîtes aux lettres » ont été ajoutées afin de laisser la possibilité aux cadres ne participant pas aux ateliers, de partager leurs idées, impressions sur la thématique et de réagir aux projets.

L'objectif de ces totems et de mettre à disposition un outil de management pour construire par ateliers, un ou deux projet(s) avec une méthode basée sur le management visuel de projet et permettant un échange permanent avec les autres managers. Ces totems sont destinés ensuite à être affichés sur les trois sites, et mis à disposition des managers de l'établissement, y compris des managers de nuit, afin que les TOTEM soient visibles et accessibles, et que les projets, leur avancement, puissent être communiqués.

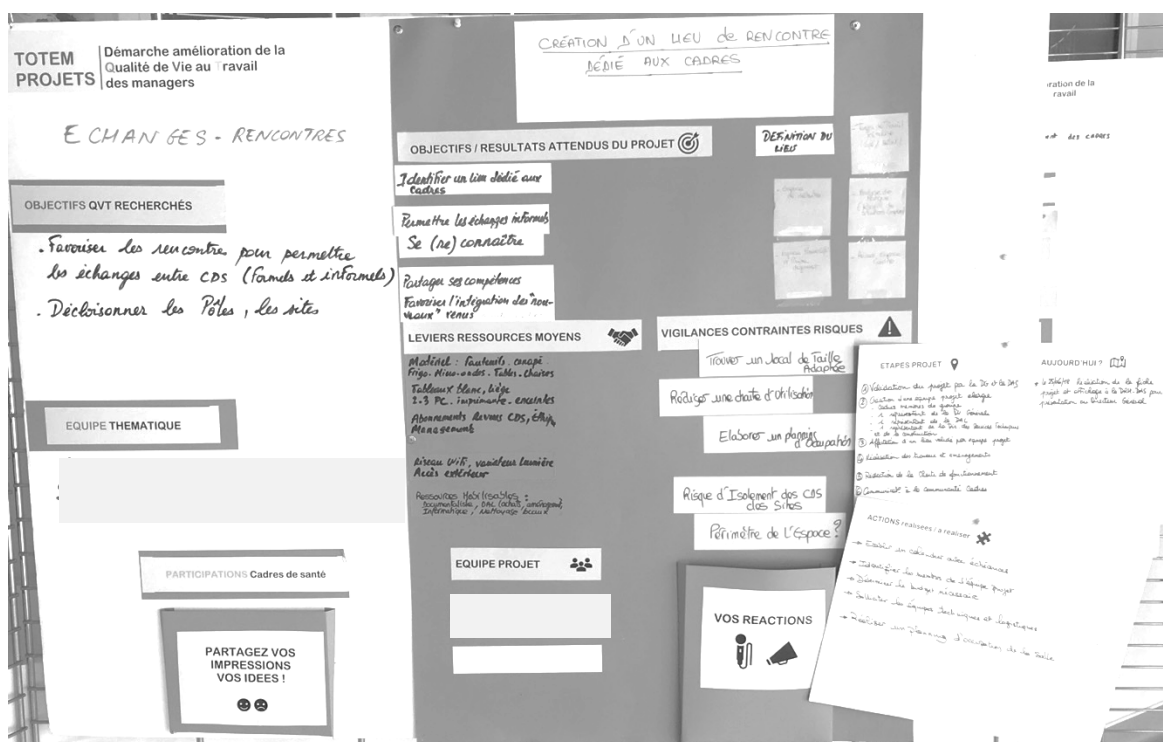


Figure 8 Exemple de TOTEM complété par le groupe thématique « Echanges-rencontres » présentant le projet « création d'un lieu de rencontre dédié aux cadres »

9 Projets ont ainsi été construits par les managers lors de cette rencontre en ateliers :

Thématique	Projet 1	Projet 2
Agir sur nos contraintes de travail, se recentrer sur nos missions pour une meilleure reconnaissance de notre travail	Agir sur les interruptions de tâches	Reconnaissance du travail effectif du cadre de santé
Bien-être individuel et cohésion de groupe	Bien dans son corps, bien dans son job	Un temps extra (activités extra-professionnelles)

Formation et accompagnement des cadres	Tutorat/coaching	Accompagnement des cadres de santé : analyse de pratique et/ou formation spécifique
Echanges – Rencontres	Création d'un lieu de rencontre dédié aux cadres	
Sens commun managérial	Définition d'un sens commun	Développer des outils de communication

Figure 9 Liste des thématiques redéfinies par les cadres de santé et les projets identifiés et construits

B) Focus sur les Espaces de discussion et d'échange entre et pour les managers

Un atelier spécifique a été mené avec un groupe de cadres de santé pour réfléchir à la construction d'un Espace de discussion et d'échange entre et pour les managers. Ce projet répond à un besoin de rencontre des managers alors qu'il n'existe pas à ce jour d'espace dédié. En effet, « *le cadre ne dispose pas toujours d'espaces de dialogue pour porter avec ses pairs les tensions de son propre travail, soit parce que ces espaces n'existent pas ou plus, soient parce qu'ils ont été colonisés par d'autres enjeux liés aux contraintes externes plutôt qu'au travail lui-même. Mais il peut être encore possible de remettre le travail sur le métier et lui redonner une place centrale dans les innombrables réunions auxquelles les cadres sont appelés à participer*⁷³ ». L'enjeu était de proposer un schéma type d'espace aux managers souhaitant en bénéficier et mobiliser ce type d'espace pour échanger. Ce projet peut être également un levier pour les managers, car « *reconquérir le dialogue dans les réunions de cadres est parfois le meilleur moyen de le faire vivre ensuite dans sa propre équipe*⁷⁴ ». Trois livrets ont été constitués ainsi qu'une proposition de charte. Le projet correspondant est en annexe 4.

2.2 Résultats, suivi et limites de la démarche

A) Résultats des ateliers

La démarche a permis de faire émerger à la fois des projets QVT au sein des groupes managers et une mobilisation collective sur la qualité de vie au travail. Cette mobilisation se vérifie par une participation active des managers lors des ateliers. Les totems réalisés par les cadres de santé et les items définis par les managers administratifs logistiques et techniques, sont des marqueurs de réussite de la démarche désormais aux mains des managers. L'utilisation des outils innovants lors des rencontres a été également appréciée par les participants qui ont trouvé ces méthodes « *innovantes* », « *ludiques* » et « *favorisant la participation à tous les niveaux* ».

⁷³ Anouk Grevin. Agir sur la qualité de vie au travail. Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p28-30

⁷⁴ Ibid.

La démarche ne peut pas être évaluée avant 1 an minimum. Le premier volet de la démarche aura tout de même un impact sur la création de groupes de managers qui ont exprimé le souhait de continuer à « construire collectivement ».

A long terme, la démarche pourra aboutir à une amélioration de qualité de vie au travail des managers mais également celle des équipes par effet levier. Ce projet est également lié aux actions de prévention des risques psycho-sociaux dans l'établissement ayant un impact sur la diminution de l'absentéisme.

B) Suivi et poursuite de la démarche

Les résultats et les avancées des groupes ont été présentés au chef d'établissement afin de réfléchir au suivi de la démarche et des projets qui ont été proposés. Le suivi de la démarche, dépendra des acteurs en présence et de l'implication d'un ou plusieurs pilotes dans l'établissement. Certaines actions sont arrivées à maturité, sans besoin nécessaire d'une animation particulière à l'instar du lancement de la démarche. Néanmoins, un suivi et un accompagnement des groupes dans la poursuite ou le montage de projets est nécessaire. La méthode des totems devrait permettre, dans un premier temps, d'autonomiser les groupes projets qui sont amenés à alimenter les totems. Une mobilisation des ressources internes peut être également intéressante pour conforter la dynamique collective et construire un pilotage adapté dans l'établissement. Une enveloppe de 15 000 euros a été dédiée pour apporter des moyens aux membres des groupes qui en exprimeraient le besoin afin de poursuivre la démarche, notamment pour le montage des projets.

C) Limites de la démarche

La première limite est liée à la nature même de la démarche : la cible de cette démarche QVT peut être mal comprise. Il s'agit de cibler les managers dans un établissement de santé pour améliorer leur qualité de vie au travail, mais dans un objectif global d'améliorer la qualité de vie au travail pour l'ensemble des équipes. Les managers en sont les leviers et la démarche est d'accompagner et de renforcer ces leviers. L'approche même si elle peut paraître limitée, cible les leviers pertinents pour avoir des impacts plus certains auprès des équipes. Les démarches QVT ne doivent toutefois pas se limiter à la cible des managers, mais poursuivre les actions entreprises voire les renforcer parallèlement.

Puis, la démarche, bien que globale, a deux approches différentes selon les groupes. Le risque est d'avoir des approches cloisonnées et totalement hermétiques. Les raisons du choix de constituer deux groupes résultent de deux approches distinctes. Une vigilance à la communication entre les deux groupes est nécessaire. Par ailleurs, afin d'éviter ce cloisonnement, un moment fédérateur est souhaité dans les premiers mois de

la démarche. Ainsi, au CHD VENDEE, à la rentrée 2018, un évènement convivial, organisé par un groupe de managers pourra fédérer l'ensemble des managers.

Enfin, le principe de la participation libre peut limiter la portée de la démarche. Les managers invités, sont volontaires pour participer à la démarche et la participation peut être variable selon les rencontres. Pour cela la démarche doit veiller à mobiliser le groupe en mettant en avant les bénéfices d'une construction collective.

3 Réflexions et leviers d'amélioration de la QVT managers directeurs et médicaux

3.1 Pistes et travaux QVT à destination des managers directeurs

Les actions à destination des managers directeurs sont entreprises soit au niveau d'un établissement, soit au niveau régional, soit au niveau national.

Au niveau d'un établissement, différentes approches permettent de mobiliser des actions visant à améliorer la qualité de vie au travail des directeurs. Généralement, à l'initiative des chefs d'établissement, des actions de « team building », ou la mise en place d'échanges formalisés ont des résultats positifs. De plus, plusieurs établissements proposent aux équipes de direction des « coaching » avec des cabinets extérieurs pour accompagner un manager à une prise de poste ou pour mieux appréhender des phases de changement. Enfin, d'autres structures mettent en place une réflexion sur le droit à déconnexion des directeurs afin d'améliorer la conciliation de la vie professionnelle et personnelle. Ces actions sont variables d'un établissement à un autre en fonction des besoins exprimés par les directeurs ou de la volonté du chef d'établissement.

Au niveau régional, des actions visant à prévenir les risques psychosociaux des directeurs de la fonction publique hospitalière sont progressivement mises en place. C'est notamment le cas de la région Pays-de-la-Loire. En avril 2018, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays-de-la-Loire et la Fédération Hospitalière de France ont adopté une charte « ARS-FHF Pays-de-la-Loire – Soutenir les équipes managériales dans l'accompagnement du changement » (Charte annexée en annexe 5). Cette charte constitue un plan d'action destiné aux équipes de direction et aux médecins à responsabilités managériales. Les actions visent notamment à déployer et à renforcer les accompagnements en coaching et co-développement proposés par le Centre National de Gestion (CNG), à proposer des formations de media-training et à créer et promouvoir des ateliers de simulation sur l'analyse des pratiques managériales. Des bilans « qualité de vie au travail » des équipes dirigeantes sont également prévus. Plus précisément, des ateliers de coaching et de co-développement sont mis en place par session de quatre temps pour un groupe de huit participants et des ateliers de simulation sont en cours de construction pour conforter les aptitudes et compétences managériales des directeurs notamment ; exemples de scénarii : « *noyade par objectifs* », « *contraintes institutionnelles multiples* », « *poids des instances et attendus professionnels* ».

Au niveau national, le CNG pilote des dispositifs d'accompagnement depuis 2008 proposant des actions collectives ou individualisées (*actions proposées également au corps médical*). Les ateliers collectifs thématiques apportent un soutien spécifique autour de

thèmes : « *co-développement* », « *mieux se connaître pour mieux interagir* », « *déployer votre projet professionnels* »... Les accompagnements individuels portent notamment sur des ateliers de coaching de développement professionnel, de l'accompagnement à la valorisation des candidatures et portant sur le projet professionnel. 398 professionnels ont été accompagnés en 2017⁷⁵. En 2018, plusieurs actions visant à améliorer la qualité de vie au travail des directeurs sont mises en place par le CNG, en concertation avec les syndicats représentatifs des corps de directeurs de la FPH. Au sein de la commission des conditions de travail, compétente pour les trois corps de directeurs, deux axes principaux ont été fixés. Le premier concerne la réalisation d'une charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la FPH (Charte en annexe 6), diffusée en 2018. Cette charte vise notamment à « *réaffirmer et conforter les valeurs qui encadrent l'exercice professionnel des directeurs* » et à « *décliner les principes à respecter et les bonnes pratiques à promouvoir* ». Le deuxième concerne la mise en place d'un dispositif de prévention de traitement des risques psycho-sociaux des directeurs de la fonction publique hospitalière. Ce dispositif, après avoir identifié et analysé les RPS (cartographie en annexe 7), doit pouvoir organiser le signalement et le traitement des RPS à travers notamment le projet d'une procédure de signalement. L'organisation du traitement interne et externe, du suivi et de l'évaluation du dispositif sont en cours au moment de l'écriture de ce mémoire.

3.2 Pistes et travaux QVT à destination des managers médicaux

Les entretiens menés pour ce mémoire ont précisé une difficulté importante à mobiliser et à construire des actions avec les managers médicaux en établissement de santé. Plusieurs explications peuvent être avancées. La première est liée à la nature de l'exercice médical ; il s'agit d'un exercice clinicien et la fonction managériale est relativement récente. Il peut y avoir une réelle appréhension face aux travaux relatifs au management de la part des médecins, sans doute par manque de moyens. Ainsi, « *culturellement, les professionnels médicaux ignorent les médecins du travail souvent par manque de reconnaissance et de confiance et s'exonèrent des règles de suivi même obligatoires*⁷⁶ ». L'accompagnement des médecins est donc particulièrement complexe et les soutiens ne peuvent pas être mobilisés de la même manière que pour d'autres managers. Pourtant le besoin de soutien et d'accompagnement est majeur. Une étude récente⁷⁷ a mis en avant un lien entre l'épuisement au travail, le soutien organisationnel

⁷⁵ Rapport d'activité 2017. Centre National de Gestion- « 2 200 accompagnements réalisés depuis 2008, dont 1 600 à titre individuel (72,7%) et 600 à titre collectif (27,3%) »

⁷⁶ IGAS. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. TOME 1. Rapport 2016

⁷⁷ D. Dubois, Pr P. Colombat, A. N'Diaye. La qualité de vie au travail du personnel médical. Gestions Hospitalières n°574. mars 2018. p.172-176

perçu et la qualité de vie au travail des médecins. Les résultats de l'étude ont permis aux auteurs de proposer deux pistes de travail : « *l'amélioration du soutien organisationnel perçu* » et « *la prévention du workaholisme lié au travail excessif* ». Des pistes de travail qui pourraient être portées aussi par les managers médicaux, à condition qu'ils soient eux-mêmes accompagnés. L'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) a publié en 2016, une enquête portant sur le management médical d'un point de vue des praticiens hospitaliers ; il est précisé que « *les PH relient leur mal-être majoritairement à un management absent, inadapté, voire opaque*⁷⁸ ».

Au-delà des ateliers d'accompagnement collectifs proposés aux managers médicaux, des tentatives de soutien, qui ont conduit parfois à des pistes pertinentes, ont pu être déployées en France. L'association de soins aux professionnels de santé (Asso-SPS) a mis en place une plateforme téléphonique de soutien dédiée afin de « *repérer, d'orienter la prise en charge des professionnels de santé en souffrance et d'optimiser leur parcours de soins*⁷⁹ ». Au Québec, une action similaire a été proposée aux praticiens à travers le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (le PAMQ). Ce programme permet une mise en relation de médecins en souffrance au travail avec d'autres médecins pour apporter un soutien et un accompagnement personnalisé en garantissant une haute confidentialité afin de « *comprendre et respecter les craintes des médecins face à la confidentialité de leur démarche en vue d'obtenir de l'aide*⁸⁰ ».

Aussi, la Haute Autorité de Santé a mis en place son Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) afin de soutenir le management des équipes médicales. Ce programme permettra notamment d'établir une « *phase de diagnostic, comportant une enquête culture sécurité, une animation de crew ressource management (CRM) en santé, et une analyse de la pratique réelle* », d'élaborer « *un plan d'action et de suivi d'un an maximum impliquant l'équipe, le patient et la gouvernance* » et de réaliser un « *bilan à 2 ans évaluant la maturité de l'équipe, les pratiques collaboratives et les résultats*⁸¹ ». Ce programme fait également écho aux besoins en formation des managers médicaux. L'IGAS a notamment évoqué que « *très peu de médecins sont véritablement formés au management (...) alors que les formations et la réalité quotidienne ont privilégié l'aspect de reporting et de gestionnaire*⁸² ». On observe ainsi que certains établissements ont fait le choix de réserver un plan de formation dédié aux managers médicaux afin de consolider les pratiques managériales des médecins et ainsi agir sur l'accompagnement du management et donc leur qualité de vie au travail.

⁷⁸ Le Mag de l'INPH n°8 août 2016 : l'insoutenable légèreté de l'être. p 24-26.

⁷⁹ <http://www.asso-sps.fr/association.html#missions>

⁸⁰ <http://www.pamq.org/fr/>

⁸¹ Pacte en synthèse. Haute Autorité de Santé. 2018 / Dépêche APM News du 30 mai 2018

⁸² IGAS. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. TOME 1. Rapport 2016

Conclusion

L'hôpital public évolue aujourd'hui dans un environnement où les exigences sont de plus en plus fortes avec une impérieuse nécessité de qualité. Face à une dégradation constatée des conditions de travail, l'amélioration de qualité de vie au travail à l'hôpital apparaît, elle aussi, comme une exigence fondamentale. Afin de soutenir ces exigences, le management hospitalier doit faire preuve d'innovation pour agir. Le manager hospitalier est un acteur, un levier et concepteur du management dans l'établissement. Qu'il soit cadre de proximité, manager médical ou directeur, il appartient au manager de conduire dans l'établissement, à travers une démarche concertée des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail. Pourtant aujourd'hui, « *les managers publics sont tellement sollicités par la recherche d'efficience (productivité, réactivité, flexibilité, qualité) que la question du management de la santé, de la qualité de vie, du bien-être au travail ne seront pas en tête de leurs priorités actuelles* ⁸³ ». La qualité de vie au travail est néanmoins une priorité et la QVT des managers est capitale. Il est nécessaire alors de cibler les managers pour les accompagner dans cette démarche QVT afin qu'il y ait une prise de conscience de l'importance et l'impact de trois lettres qui finalement sont profondément liées au management.

Pour agir sur la qualité de vie au travail des managers, une démarche ciblée peut apporter des bénéfices notables ayant une répercussion sur l'ensemble de l'établissement. Il s'agit de cultiver, développer des leviers au sein de la structure. Au-delà de l'image du « manager jardinier », c'est l'ensemble du management qui doit être « jardinier » pour favoriser la satisfaction au travail et donc la performance dans l'établissement. Pour cela, l'ensemble des managers doit pouvoir bénéficier d'actions. Il est fondamental d'agir à tous les niveaux de management pour développer un cercle vertueux d'amélioration de la qualité de vie au travail ; des tops managers aux managers de proximité afin d'impacter l'ensemble des équipes de l'hôpital. Enfin, la QVT devrait pouvoir également émaner d'un réel projet managérial d'établissement qui englobe toutes les ressources managériales, évitant ainsi les ruptures de démarches et favorisant une approche novatrice dans la gestion / le management de l'hôpital public.

⁸³ Olivier Bachelard. *Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives*, Regards 2017/1 (N° 51), p. 169-179.

Bibliographie

Ouvrages

Bachelard O. (coord). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP 2017

Colombat P. *Qualité de vie au travail et management participatif*. Editions Lamarre. 2012

Gheorghiu M. D., Moatty F. *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons. 2013

Mispelblom Beyer F. *Encadrer un métier impossible ?* 3^{ème} édition. Sociétales. Edition Armand Colin 2015

Articles, revues

Abel P. « *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ? Identité et perspective du cadre de proximité au regard d'une éthique du soins* ». Boeck Estem 2014. p.95.

Allemand D. « *Qualité de vie au travail, un mythe ou une réelle opportunité* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p22-24

Bachelard O. « *Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives* », Regards 2017/1 (N° 51), p. 169-179.

Barreau P. « *La gestion des talents, un acte managérial complexe* ». Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018. p110-113

Bencherif N. « *Les ateliers de réflexion sur le travail. Un exemple d'innovation managériale.* » Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018. p122-124

Daubech L. « *Éthique et performance à l'hôpital* ». Revue Hospitalière de France. Décembre 2015

Delavallée E. « *Il ne suffit pas d'être manager pour manager* », L'Expansion Management Review, vol. 123, no. 4, 2006, pp. 12-17.

Dubois D. Pr Colombat P. N'Diaye A. « *La qualité de vie au travail du personnel médical. Gestions Hospitalières* » n°574. mars 2018. p.172-176

Dumas M. « *Restructurations hospitalières et souffrance au travail : questionnement autour d'un cas* ». Dans: Le Deist F, ed. Restructurations et santé au travail : regards pluridisciplinaires. Toulouse: Octares Editions; 2013. p. 139-152.

Galam E. « *Un programme d'aide pour les professionnels de santé* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018, p31-33

Gomez P-Y. « *La perte du sens au travail : fondements économiques d'une crise dans*

Grevin A. « *Agir sur la qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres n°106 mai 2018 p28-30

Liarotzos O. « *La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ?* » Dossier Qualité de vie au travail. Soins Cadres n°106 mai 2018 p18-21

Mangeonjean F. « *Management et qualité de vie au travail* ». Dossier Soins Cadres, n°106, mai 2018 p34-37

Maréchal A. « *Le cadre de santé, moteur du GHT* ». Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018. p120-121

Masse M. « *Gouvernance, dialogue social et bien-être au travail* » in Olivier Bachelard (coord). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP 2017

Oates W. « *Confessions of a workaholic. The facts about work addiction* ». New York : World Publishing co. 1971

Payre S et Scouarnec A. « *Manager : Un métier en mutation ? Essai de lecture rétro-prospective pour dessiner les contours du métier de manager et les accompagnements RH nécessaires* ». Revue de gestion des ressources humaines, vol. 97, no. 3, 2015, pp. 3-16.

Rappin B. « *Qu'est-ce que le management ?* » Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018 p.101-104

Sibé M, Domecq S, Kret M, Saillour-Glenisson F. « *Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête trans- versale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©* » J Gest Econ Méd 2012;30(7-8):491-508.

Spinhirny F. « *Comprendre les nouvelles conditions de travail. Emotion et crise de la liberté comme horizon de management* » Gestions Hospitalières. n°573 – février 2018 p.82-85

Thiébaud C. « *La patience du manager-jardinier* », L'Expansion Management Review, vol. 135, no. 4, 2009, pp. 114-120.

Etudes, rapports, guides

ANACT. *Apprendre à manager le travail*. Livre blanc septembre 2017

Bonvalot C (dir), Pasteau C, Castrique J, Prat P, Mauder G. *Qualité de vie au travail et pratiques managériales innovantes*. Rapport EN3S. 2016

Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M.-P. *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé* (Rapport n° RM2012-011P). Paris. 2012

CNAM. *Centre d'études de l'emploi et du travail (CNAM)* Dinu Gheorghiu M, Guillemot D, Moatty F, « *RH et T2A. Entretiens avec des membres de directions des hôpitaux* ». Rapport décembre 2012

FHF. *Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus*. Rapport 2018

Gollac et Bodier. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. La Documentation française. 2011

Groupe des 26. « *Changer la vie à l'hôpital* ». Contribution Mai 2018

HAS. *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. 2016

IGAS. *Risques psychosociaux des personnels médicaux recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques.* TOME 1. Rapport 2016

Ministère chargé de la santé. *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent.* 2016

Sham, Sofaxis, Neeria. Hôpital & médico-social – « *Qualité de vie au travail et santé des agents* ». Risk Management. juin 2018

Toupilier D. *Le pacte de confiance pour l'hôpital. Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines.* 2013

Mémoires :

de Carheil A. *La Qualité de Vie au Travail (QVT) en établissement de santé : du concept à la pratique.* EHESP 2016.

Denais, V. *Le directeur des soins au cœur du processus de qualité de vie au travail des cadres de santé.* EHESP 2016

Dubois D. *Changements organisationnels et qualité de vie au travail du personnel médical du CHD Vendée.* Université François Rabelais de Tours. 2017

Sites internet, ressources en ligne

<http://www.asso-sps.fr>

<https://www.fhf.fr/>

<http://www.pamq.org/fr>

<https://www.anact.fr/>

<https://www.apm.fr/>

<http://laqvt.fr/>

<http://www.has-sante.fr/>

<http://observatoire-qvt.ch/>

Outils utilisés :

<https://kahoot.com/>

<https://www.beekast.com/fr/>

<https://quizzyourself.com/>

<http://scrumblr.ca/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien et liste de personnes interrogées

Annexe 2 : Réalisation des portraits managers

Annexe 3 : Extraits des réponses au Kahoot© des deux groupes des managers

Annexe 4 : Projet de mise en place d'un espace de discussion et d'échange pour les managers (version cadres de santé)

Annexe 5 : Charte ARS FHF Pays de la Loire – Soutenir les équipes managériales dans l'accompagnement du changement

Annexe 6 : Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la FPH

Annexe 7 : Cartographie des RPS des directeurs de la FPH

Annexe 1

Grille d'entretien

La présente grille d'entretien a été proposée aux personnes interrogées autour de quatre axes.

Axe 1 : La place et le rôle des managers dans les établissements publics de santé aujourd'hui ?

- Pensez-vous qu'il y a eu un changement dans le management dans les établissements ? si oui, pourquoi ?
- Le rôle des managers a-t-il changé ? si oui à quelle(s) échelle(s) ?
- Qu'attend-t'on d'un manager pour le bien-être de ses équipes ?

Axe 2 : La notion de QVT des managers

- Pour vous, qu'est-ce que la QVT des managers ?
- Quelle est la prise en compte de la QVT des managers, hier, aujourd'hui et demain ?
- Aujourd'hui quels seraient les premières causes d'une souffrance au travail des managers ? Y-a-t'il de nouvelles manifestations ?
- Quelles actions QVT, à destination des managers, seraient prioritaires ?

Axe 3 : Les managers leviers de la QVT de l'établissement

- Les managers sont-ils suffisamment sensibilisés à la notion de QVT et à leur rôle pour la QVT du personnel de l'établissement ?
- Ont-ils réellement les moyens (financiers, réglementaires, temps disponibles) d'agir concrètement sur la QVT ?
- Un meilleur management des équipes passe-t-il par la mobilisation d'actions QVT (de 1 à 10) ou par une meilleure formation des managers au management (de 1 à 10) ?
- Avez-vous des exemples d'implication QVT des managers ?

Axe 4 : La prise en compte institutionnelle

- Qui pourrait agir ? A quelle(s) échelle(s) ?
 - Quelles actions pourraient être proposées ?
-

Liste des personnes interrogées :

Colombat Philippe Pr.

Professeur des Universités Praticien Hospitalier. CHU de Tours.
Président de l'observatoire national pour la qualité de vie au travail

De Montalembert Pierre.

Délégué national. Représentant du syndicat SMPS

Gaillard Valérie.

Secrétaire Nationale. Représentante du syndicat CHFO Cadres
Hospitaliers

Girier Matthieu.

Directeur d'hôpital. Représentant de l'Association pour le
développement des ressources humaines dans les établissements
sanitaires et sociaux (ADRHESS)

Pichard Anne-Cécile.

Responsable du département Ressources Humaines & numériques
du système de santé. Agence Régionale de Santé des Pays de la
Loire

Talha Abdelhafid Dr.

Praticien Hospitalier. CHU d'Angers

Toupillier Danielle.

Directrice Générale du Centre National de Gestion

Vanderstock Noël.

Secrétaire National. Section directeurs d'hôpital. Représentant du
syndicat SYNCASS-CFDT

Annexe 2

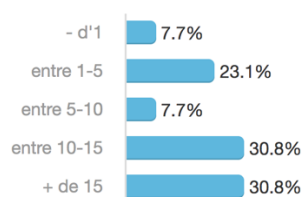
Réalisation des portraits managers (outil QuizzYourSelf)

Liste des questions posées

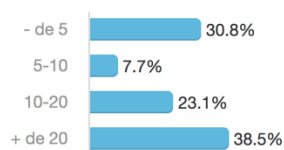
Questionnaire de satisfaction : Avez-vous apprécié le café-thé-croissants ?	▼
Combien d'anniversaires souhaités au CHD Vendée ?	▼
Combien de professionnels managez-vous ?	▼
Pensez-vous bien connaître vos voisins managers ?	▼
Quel est votre poste ?	▼
Quelles sont vos missions ?	▼
Sur quel(s) projet(s) majeur(s) travaillez-vous aujourd'hui ?	▼
Si j'étais une couleur...	▼
Si j'étais un animal...	▼
Partons en voyage : choisissez votre seul objet	▼

Extraits de certains résultats

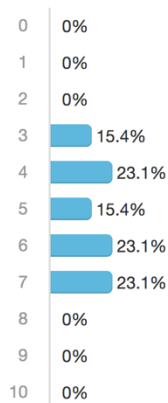
Combien d'anniversaires souhaités au CHD Vendée ?



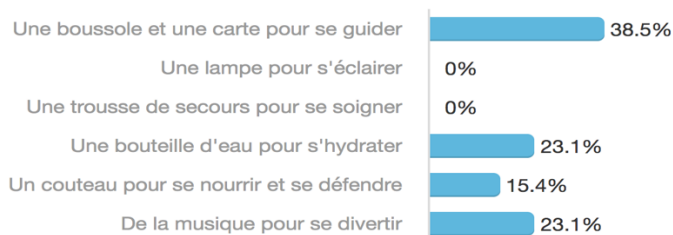
Combien de professionnels managez-vous ?



Pensez-vous bien connaître vos voisins managers ?



Partons en voyage : choisissez votre seul objet



Modèle d'un portrait manager

Prénom

Poste : nature du poste

Missions : description des missions

Projets :

- Partage des projets du manager

Un animal : animal choisi

Une couleur : couleur choisie

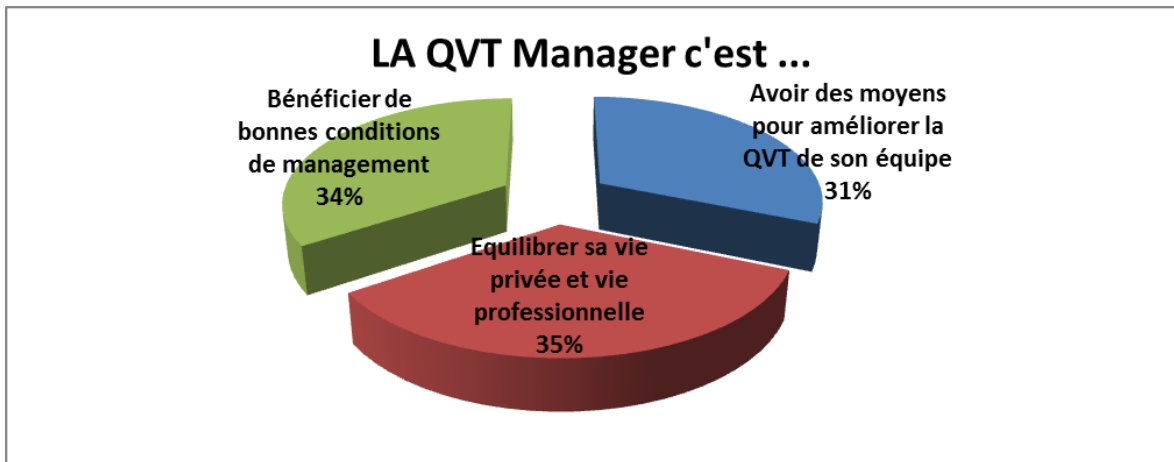
Annexe 3

Extraits de réponses au Kahoot© des deux groupes des managers

Les questions et les réponses proposées sont différentes selon les groupes afin d'orienter différemment les échanges. 42 répondants pour le groupe des cadres de santé et 16 répondants pour le groupe des cadres administratifs logistiques et techniques.

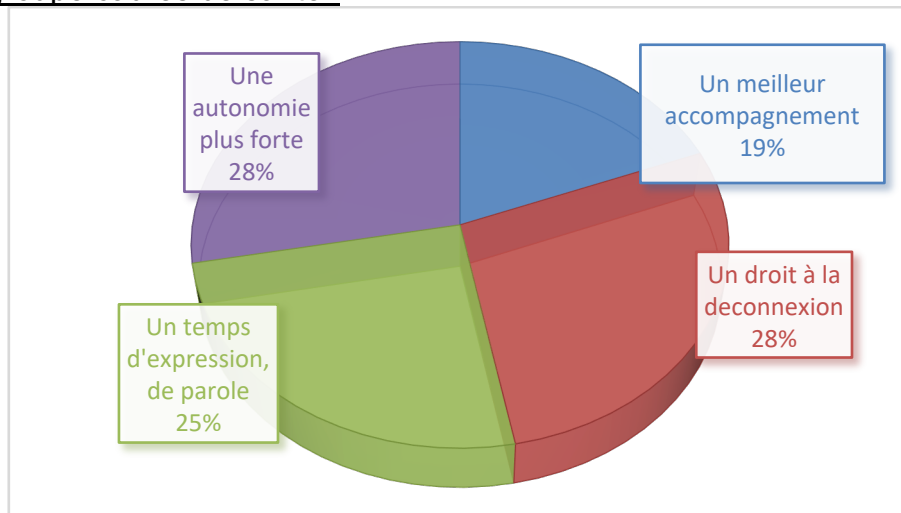
La QVT Manager c'est...

Pour les deux groupes :

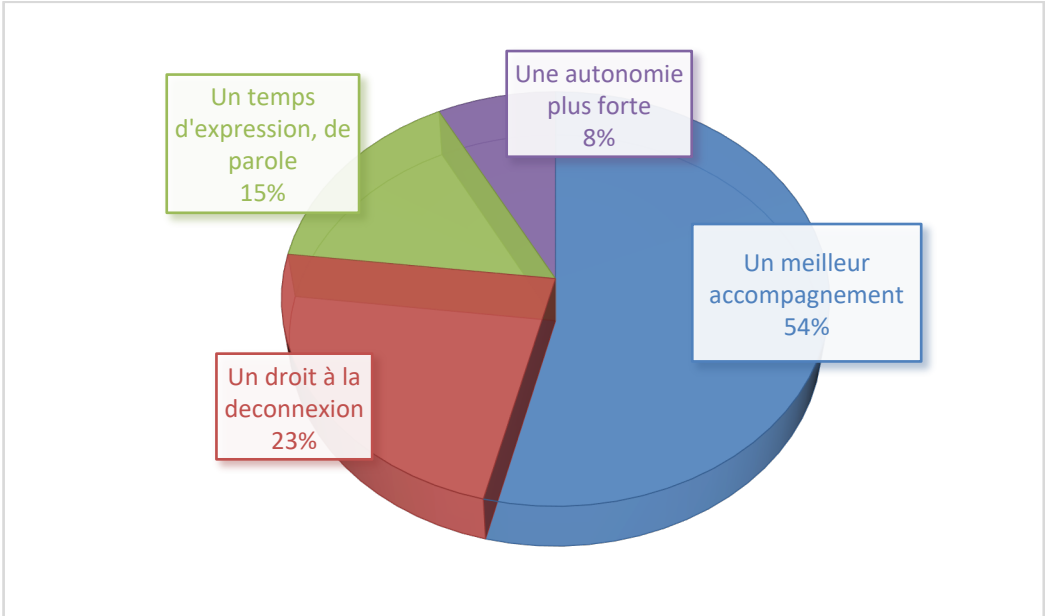


Parmi ces éléments lequel aurait le plus d'impact sur l'amélioration de votre QVT ?

Pour le groupe cadres de santé :



Pour le groupe des managers administratifs logistiques et techniques :



Annexe 4

Projet de mise en place d'un espace de discussion et d'échange pour les managers (version cadres de santé)



Un espace de discussion et d'échange

Les espaces de discussion sur le travail (EDD) peuvent être définis comme des espaces collectifs qui permettent une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes.

Cette discussion, dont le vecteur principal est la parole, se déroule suivant un cadre et des règles co-construites avec les parties prenantes. Ces espaces sont inscrits dans l'organisation du travail (définition ANACT/ARACT)

Un espace de discussion et d'échange

SUR LE TRAVAIL

C'est	Ce n'est pas
Un espace où l'on peut mettre des mots sur sa perception de la qualité des soins	Un recueil de plaintes ou un café du commerce
Un espace de partage d'expériences de travail	Un espace de négociation, de revendication, de diatribe
Un espace qui facilite une identification et une analyse collectives des difficultés dans le travail	Un lieu d'une parole descendante
Un moment où « ça remonte »	Un lieu où l'on parle uniquement de la prescription (répartition, charge du travail)
Un espace où l'on fait des propositions d'améliorations collectives	Un espace sous outillage, ni cadre, ni règles
Un espace qui permet d'aboutir à la production de solutions collectives	Uniquement un lieu d'expression ou de parole
Un lieu qui autorise la controverse sur le travail	Un lieu de règlement de comptes
Un lieu d'aménagement de la charge du travail	Un espace de conflits interpersonnels
Un espace qui facilite le travail d'explication des différentes consignes	Un lieu d'échange sur les personnes
Un espace de liberté encadrée	Un espace de représentation du personnel

Pourquoi mettre en place un espace de discussion et d'échange ?

Il n'existait pas au Centre Hospitalier Départemental Vendée d'espace de discussion et d'échange réellement formalisé permettant de consacrer un temps à des sujets liés au management. Il y a néanmoins plusieurs échanges sur des thématiques mais de manière isolée. D'autres échanges sont également présents de manière informelle, pendant la pause-café, au déjeuner ou à l'occasion de dysfonctionnements majeurs. Ces moments sont pris sur des temps normalement prévus pour faire une « pause » et couper avec le travail (des moments existants pour avoir une qualité plus saine de vie et de travail).

Ces espaces de discussion et d'échange permettent de poser un cadre d'échanges, de partages sur des situations concrètes entre pairs avec, ou sans, l'intervention d'un tiers à l'espace. Ces temps peuvent offrir une prise de recul sur la pratique et créer du lien. Ils peuvent répondre au besoin de faire émerger « une culture commune managers » (partage d'expériences, intégration de nouveaux arrivants, solutions collectives...) qui peut être un **puissant levier au quotidien !**

C'est un peu un espace où l'on peut créer ou recréer une dynamique collective et quitter le sentiment d' « être seul dans son travail » ou « seul devant des situations complexes ».

Un espace de discussion et d'échange **POUR LES MANAGERS**

C'est un espace d'échanges sur les difficultés, les situations, sur le sens du travail, du management entre pairs. Il permet aussi de produire des propositions de solutions collectives et peut constituer **un socle de partage important entre managers**.

Ce cadre d'espace est fortement lié à une démarche éthique permettant de s'interroger sur le sens, la perception de la fonction de manager propre à chacun. Cet espace peut être aussi **un lien de soutien à l'action, soutien au management et soutien entre pairs**.

L'espace est animé par un animateur (voir Livret 3) interne ou externe **autour d'une ou plusieurs thématiques, sujets, pratiques ou autre**. Le contenu de l'espace de discussion et d'échange est en réalité assez libre. Il n'y a pas systématiquement d'ordre du jour pour laisser place à la spontanéité ! (Au début, il est toutefois conseillé de proposer un thème pour pouvoir échanger)

Il ne s'agit pas de multiplier nos temps de réunion cadres, mais d'optimiser des espaces pour qu'ils permettent des échanges sur le travail réel entre managers et ensuite dans nos équipes.

Un dimensionnement particulier

L'espace de discussion et d'échange que nous pouvons mettre en place offre un environnement de confiance, de non jugement, de respect et de confidentialité. Ce dimensionnement permet de développer une reconnaissance individuelle et collective de la fonction et de la légitimité de cadre.

Le temps d'échange est limité à un temps raisonnable (environ 1h30) avec une préparation en amont qui ne doit pas être trop conséquente. L'espace propose une animation reposant sur des principes d'échanges participatifs plus libres et les plus productifs possibles.

L'objectif est de créer un espace dimensionné pour mieux appréhender les situations dans notre service, les actions de management de nos équipes.

Les espaces de discussion et d'échange

ESPACE MANAGERS

LIVRET 2

Les thématiques de l'espace de discussion et d'échange ?



Des thématiques pour l'espace de discussion et d'échange

Trois grandes thématiques peuvent être proposées pour donner un axe d'échanges et de discussion entre managers. Ces trois familles sont données à titre indicatif et peuvent vous permettre de vous projeter grâce aux objectifs qui sont définis.

Le choix d'une thématique ci-dessous n'empêche pas les échanges sur une autre thématique lors du temps de l'espace de discussion et d'échange.

1. Partage et gestion d'évènements forts

Cet type d'EDD peut être mobilisé lorsqu'un groupe a rencontré, rencontre ou va rencontrer une problématique importante et souhaite pouvoir échanger autour d'un blocage, voire d'une crise pour trouver ensemble des solutions.

Ces évènements forts peuvent être des problèmes majeurs de type « crise, des changements importants impactant plusieurs managers, des difficultés communes entraînant des blocages ou des problématiques sur un nouvel outil commun.

Pourquoi ?

⇒ Pour mieux s'adapter à une situation complexe, à un nouvel outil de travail, au changement en général

⇒ Pour avoir un cadre d'échange fixé permettant de faire des propositions collectives

⇒ Pour accompagner les managers face à une situation problématique majeure ⇒ Pour mieux anticiper préparer et appréhender ensemble un évènement

Exemples :

Un espace de discussion et d'échange pour échanger sur :

▢ Les difficultés liées à un nouvel outil / logiciel professionnel (Pour mettre en avant des constats et des besoins communs. L'objectif est d'avoir des échanges cadrés pour mettre en commun des questions, des demandes. Ce cadre peut ainsi offrir un seul canal de partage pour pouvoir répondre, ou échanger des solutions sur l'outil)

▢ Les nouvelles pratiques

▢ La mobilisation sur des projets majeurs

▢ Des restructurations et des déménagements / transformation de services

▢ Le contexte d'actualité...

2. Analyse et résolution de situations récurrentes

Échanger sur les situations dites récurrentes offre au groupe **un temps pour prendre du recul, trouver des solutions ensemble**. Ce type d'EDD **permet d'éviter l'isolement du management et propose un espace de réflexion pour agir et empêcher le caractère récurrent de ces situations**. L'espace permet aussi de pouvoir reconnaître que des managers peuvent se tromper en s'appropriant la reconnaissance des erreurs et pouvoir les partager avec les autres managers qui ont ou auront un jour à se confronter à des situations récurrentes bloquantes.

Pourquoi ?

⇒ Pour analyser ensemble une situation quasi-quotidienne qui peut être commune ou singulière (une situation singulière qui serait ensuite source de réflexion ou de changement dans d'autres services)

⇒ Pour réfléchir à des propositions communes de résolution ou avoir des réflexions pour une (au moins) appréhension commune de la situation

⇒ Pour partager des expériences entre les services (d'un service qui aurait trouvé une solution pouvant être partagée aux autres)

⇒ Pour partager des travaux de comparaison ou de recherches auprès d'autres managers d'établissements de santé extérieurs

Exemples :

Un espace de discussion et d'échange pour échanger sur :

- ▢ Les outils de management (comme le planning qui doit être un outil pertinent du manager)
- ▢ Les questions de droit, éthique (responsabilité, protection) touchant un groupe ;
- ▢ Les contextes de gestion difficile d'équipe...

3. Partage et échange de connaissances, d'informations et de formations

Ce type d'espace permet de **donner un cadre de coordination, d'information, de formation pour les managers**. Il permet de **prendre du recul, se connaître, apporter et partager des connaissances**. Ces partages et échanges sont organisés pour développer un « meilleur travail ensemble ».

Pourquoi ?

⇒ **Pour développer nos connaissances ou thèmes liés au management**

Exemples :

- ▢ éthique au quotidien des managers
- ▢ l'erreur du manager
- ▢ accompagnement des situations d'épuisement professionnel
- ▢ manager des équipes / manager du soin ?
- ▢ gestion des conflits, animation d'équipe, cohésion d'équipe

⇒ **Pour échanger des informations**

Exemples :

- ▢ Echange sur des projets importants ailleurs (afin d'éviter à chacun de travailler de manière isolée sur des sujets communs, avoir un résultat commun similaire)
- ▢ Présenter sur un service, un pôle (ou plus large) les projets en cours... (présentation sur les projets avec des thématiques différentes)
- ▢ Connaître les services, des techniques ou des méthodes

⇒ **Pour échanger et partager des formations**

Exemple :

- ▢ Echanger des formations qui pourrait intéresser tous les managers : « repérer et accompagner les situations d'épuisement professionnel »

Les espaces de discussion et d'échange

ESPACE MANAGERS

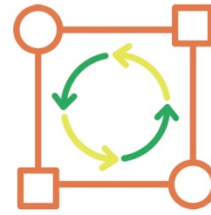
LIVRET 3

La mise en place et l'animation d'un espace de discussion et d'échange pour les managers



Mettre en place un espace de discussion et d'échange

Avant de mettre en place un espace de discussion et d'échange pour aborder une ou plusieurs thématiques et bénéficier de l'outil manager, il est nécessaire de connaître **la méthodologie de l'espace**.



Matérialité de l'espace

QUEL LIEU ?

Le lieu doit pouvoir **accueillir les participants dans les meilleures conditions**. Il faut un espace suffisamment grand avec une disponibilité de la salle (sans dérangement). Dans la mesure du possible, le lieu doit pouvoir avoir un **caractère convivial** et ne pas rester dans un cadre « trop réunion ». Il est **important de casser les repères d'une réunion**. **L'espace de discussion et d'échange n'est pas une réunion**. En termes de matériels, le lieu doit pouvoir au mieux proposer un cadre de travail agréable et pour les formations notamment, un vidéo projecteur doit être disponible (vidéoprojecteur dans la salle ou sinon en prévoir un mobile).

Les participants

AVEC QUI ?

Il n'y a pas de nombre optimal de participants à l'espace mais **un espace plus restreint peut davantage faciliter des échanges notamment sur des thématiques spécifiques**. Un nombre de participants modéré est donc conseillé pour éviter les échanges diffus. Un nombre modéré peut aussi limiter la timidité liée à la difficulté de prendre la parole en public. **L'objectif est de favoriser les échanges entre tous**.

Les participants peuvent être issus d'un groupe déjà existant. **Le groupe qui se formera dépend de la finalité de l'espace, et de la thématique notamment**.

Parmi les participants, **un animateur doit être désigné pour animer l'espace**. Cet animateur peut aussi être extérieur au groupe constitué, voire extérieur à l'établissement.

L'ensemble des participants devra **accepter les règles de bienséance de l'espace** et s'entendre sur la liberté de parole entre participants (voir Charte du bon déroulement de l'espace en annexe).



Déroulement de l'espace

QUELLES ETAPES ?

La durée optimale pour l'espace de discussion et d'échange est de 1h30. Certains espaces de type « échange d'informations ou formations » peuvent être contenus en 45min-1h. Si la durée n'est pas suffisante pour l'espace de discussion et d'échange, **il peut être nécessaire de proposer plusieurs temps de rencontre.** Il est conseillé de contenir un espace dans un temps limité afin de préserver la qualité des échanges.

Préparer l'espace de discussion et d'échange :

1. Identifier l'animateur (un manager, une personne référente extérieure...) et les participants
2. Définir un ordre du jour souple : soit par l'animateur, avec les participants, à la demande...
3. Organiser l'espace : présentations, lieu, disposition matériels, documents aux participants

S'accorder avant de commencer les échanges :

4. S'entendre sur la charte des espaces de discussion et d'échange autour des règles de fonctionnement du groupe : respect de la parole, bienveillance, pas de jugement de valeur...
5. Prévoir (ou non) une prise de notes / rédaction du compte rendu avec des positions prises ou des réflexions communes identifiées par tous
6. Définir les temps d'échanges et suivre l'avancement des sujets (s'assurer du bon timing de l'espace). Choisir si la thématique de l'espace peut être contenue en 1h30 ou non et s'il sera nécessaire de programmer un autre temps d'espace

Animer l'espace :

7. Animer l'espace de discussion et d'échange en préservant les objectifs et la finalité de l'espace. L'animateur doit veiller au respect de la parole de chacun et rythmer l'espace pour permettre à tous d'échanger (voir le feuillet « animation »)
8. Veiller à la durée de l'espace de discussion et d'échange. Garantir le rythme des échanges permet de réaliser une conclusion de l'espace et d'apprécier le résultat.

Après la discussion :

9. Assurer un retour à chaque espace sur les réponses aux éléments traités précédemment en identifiant les destinataires du compte rendu. Ce retour (permettra de transmettre des informations aux absents ou de le publier à des personnes identifiées)..

Le compte rendu : ce compte rendu ne doit pas être rigide ou présenter un formalisme tel qu'il peut exister pour des instances. Ce document ne doit pas engager la responsabilité du rédacteur ou de l'animateur ; il s'agit d'un retour de groupe

10. Rendre visible les décisions (ou actions) qui seraient prises à l'issue des échanges engagés

Animation de l'espace

Pour être opérationnelles, les discussions doivent porter sur des situations de travail. Discuter sur le travail n'est pas une chose facile ou naturelle ; **l'animation doit être structurée et favoriser l'expression libre, utile, permettant d'aborder ce qui pose problème et ce qui fait ressource, de reconnaître les spécificités de chacun, de débattre du métier et de créer du lien.**

Les modalités d'animation varient selon le nombre de participants et de la thématique.

Si le nombre de participants est important, des petits groupes peuvent être constitués par exemple.

Pour animer, l'utilisation d'outils spécifiques d'animation et d'expression peut être conseillée (voir fiche outils d'animation et d'expression). **L'animateur est là pour faciliter les échanges.** Il ne doit pas être la cible de jugements et critiques qui ne sont pas constructives.

L'animateur n'est pas toujours la même personne. La rotation est importante pour pouvoir laisser une participation plus forte aux managers de l'espace.

Animer un retour de formation

Partager une formation que l'on a reçue sans être soi-même un formateur peut sembler comme difficile voire non légitime. Mais **il ne s'agit pas de faire la formation à d'autres managers et se prétendre formateur. C'est un partage d'informations de la formation aux autres managers.** Cette présentation des apprentissages que le manager a pu recevoir lors de la formation est communiquée à d'autres managers qui auraient aimé bénéficier de la formation. Ce retour de formation permet aussi d'**échanger sur le sujet.**

L'animateur n'est pas enseignant-formateur, il est rapporteur de sa vision, des informations et partage ses réflexions avec le groupe de l'espace. **Cet espace répond à l'objectif de mieux avancer ensemble en partageant !**

Quelques repères pour animer :

Assurer la préparation préalable : définition d'un ordre du jour soit par l'animateur soit ensemble avec les participants, diffusion et/ou affichage de l'ordre du jour, organisation logistique : le lieu, la disposition matérielle, les documents

L'invitation et l'ordre du jour : Il s'agit d'une rencontre et non d'une réunion. L'invitation n'est donc pas une convocation, la présence des participants est volontaire et motivée par un besoin de partager et d'échanger. L'ordre du jour doit être souple et permettre d'afficher un rythme des échanges et non pas des sujets strictement limitatifs.

Définir collégialement les règles de fonctionnement de l'espace, notamment qui assurera la prise de notes et la rédaction du compte rendu

Organiser la discussion, distribuer et encourager la prise de parole à partir de techniques spécifiques.

Poser des questions pour éclaircir, stimuler les idées.

Approfondir sur ce qui est dit et structurer les idées.

Utiliser si nécessaire des outils d'animation : des outils pour analyser les situations de travail ; le brainstorming pour faciliter l'émergence de solutions ; un tableau pour recueillir et mémoriser les informations...

Résumer de façon régulière, faire le point sur ce qui est dit.

Surveiller le temps, veiller à l'avancement des échanges par rapport à l'ordre du jour

Avec les participants, mettre en forme les conclusions, les propositions et les questions du groupe, et valider un accord sur les propositions à transmettre, leurs destinataires et le mode de transmission.

Évaluer collectivement à la fin de chaque rencontre, l'intérêt des idées produites, la qualité des échanges au sein de groupe et la méthode de travail employée

Assurer un retour à chaque rencontre sur les réponses aux éléments traités précédemment.

Les espaces de discussion et d'échange

ESPACE MANAGERS

Éléments de charte de bon fonctionnement de l'espace de discussion et d'échange

L'espace doit offrir un cadre de confiance et d'échanges constructifs en respectant la parole de chaque participant.

Les valeurs et les objectifs de l'espace

S'entendre sur l'intérêt et les objectifs de l'espace. C'est un cadre d'échanges et de discussions constructifs qui a une dimension différente de celle d'une réunion classique. Ces espaces permettent de construire une éthique managériale à travers une démarche active et collective.

Respect de la parole

Faciliter la parole des participants en garantissant à chacun un droit et une place d'expression libre et respectueuse.

Bienveillance

Favoriser le meilleur climat de l'espace de discussion ; un espace respectueux de chacun des acteurs. Le climat doit être propice aux échanges et à la coconstruction. Ce n'est pas un espace pour répondre à des conflits personnels.

Pas de jugement de valeur

Les échanges peuvent conduire à des solutions proposées par les participants. Le consensus trouvé est le fruit d'une réflexion collective, d'échanges et de débats en respectant les avis de chacun. Il n'y a pas d'obligation de résultat.

Confidentialité

Assurer la confidentialité des échanges. Les échanges au sein de l'espace bénéficient d'une protection spécifique : les discussions entre les participants restent confidentielles et contenues à l'espace. Le résultat de l'espace, les actions, propositions collectives peuvent être néanmoins diffusées.

Disponibilité

Les participants à l'espace doivent être les moins dérangés possible lors des échanges. La présence physique des participants est importante et ne peut connaître des interruptions ou des arrivées trop tardives pouvant ainsi fragiliser la qualité des échanges.

Annexe 5

Charte ARS FHF Pays de la Loire – Soutenir les équipes managériales dans l'accompagnement du changement



Prévention des risques psychosociaux

Charte ARS-FHF Pays de la Loire Soutenir les équipes managériales dans l'accompagnement du changement

Avant propos :

Le secteur de la santé a fait la preuve de son adaptation aux besoins des usagers et aux exigences d'efficience des organisations. Cet environnement complexe appelle une évolution des pratiques, avec une attention toute particulière aux équipes managériales dont la mission est de porter le changement en donnant du sens à l'action.

L'évolution vers les parcours de santé et l'ouverture aux coopérations « hors les murs hospitaliers », la raréfaction des ressources médicales sur certains territoires, l'évolution des modes de financement, entraînent de fait des transformations en profondeur pour les établissements publics sanitaires et médico-sociaux.

L'exercice managérial peut être difficile au quotidien, et la capacité à embarquer les équipes médico-soignantes, administratives et techniques dans un projet de transformation, souvent complexe. Pour ne pas subir le changement mais l'anticiper et l'accompagner, il est préférable de ne pas être isolé.

La prévention des risques psycho-sociaux est un sujet majeur, qui justifie l'implication de tous et qui concerne tous les agents. C'est pourquoi la qualité de vie au travail des professionnels de santé est un axe fort du PRS 2018-2022. L'ARS, sans s'immiscer dans le dialogue social et la gestion interne des ressources humaines, s'inscrit dans une volonté partenariale, en position de facilitateur auprès des établissements représentés par la FHF-PDL pour accompagner, sensibiliser, prévenir.

La dynamique régionale engagée de concert entre la FHF-PDL et l'ARS se veut libre, neutre et marquée de l'empreinte de la confiance et de bienveillance à l'égard des acteurs.

Cette ambition partagée se traduit par une volonté forte d'actions immédiates et innovantes.

Article 1- Objet

Ce plan d'action, partenarial et concerté s'adresse en priorité aux équipes de direction des établissements publics sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux médecins en responsabilité managériale ou institutionnelle (Chefs de pôle, présidents de CME...)

L'ARS délègue un financement de 100.000€ à la FHF-PDL qui est maître d'œuvre de ce projet dans un cadre partenarial avec l'ARS.

Ce plan d'action s'inscrit dans une stratégie globale et dans une volonté marquée de prévention des risques et de promotion de la santé et de la qualité de vie au travail pour tout professionnel de santé exerçant en Pays de la Loire, quel que soit son mode d'exercice.

Prévention des risques psychosociaux

Article 2 – Orientations régionales

Le plan d'action s'inscrit dans un cadre pluri-annuel, décliné en une feuille de route actualisée chaque année.

Pour l'année 2018, les actions viseront à :

- Promouvoir une approche positive des accompagnements en coaching et co-développement proposés par le Centre National de Gestion, et permettre leur intégration dans la pratique managériale courante
- Proposer des formations de media-training, afin d'être en capacité de communiquer efficacement
- Créer et promouvoir des ateliers de simulation sur l'analyse des pratiques managériales
- Favoriser la création d'un réseau régional de pairs, constitué de volontaires spécialement formés à la détection des risques psycho-sociaux et l'orientation vers les professionnels adaptés
- Mettre en œuvre des bilans « qualité de vie au travail » des équipes dirigeantes

Article 3 – Gouvernance du projet

Les orientations régionales et feuilles de route associées sont validées en Comité de pilotage RPS, constitué de représentants des établissements publics sanitaires et médico-sociaux adhérents à la FHF-PDL d'une part, et de représentants de l'ARS d'autre part.

La composition du Comité de pilotage pourra être élargie, selon le périmètre du plan d'action pluri-annuel.

Le bilan du plan d'action est soumis au COPIL et présenté au séminaire annuel de la FHF-PDL.

Article 4 – Evaluation, durée

La mise en œuvre de la feuille de route s'inscrit dans les axes et la temporalité du PRS 2018-2022.

Nantes, les 24 avril 2018

Jean-Jacques COIPILET

Directeur Général
ARS Pays de la Loire



Philippe SUDREAU

Délégué Régional
FHF Pays de la Loire



Annexe 6

Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la FPH



CHARTÉ

DE L'ÉTHIQUE ET DE LA RESPONSABILITÉ DES DIRECTEURS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE



PRÉAMBULE

L'accroissement normatif, les bouleversements organisationnels, l'évolution sociétale et notamment le droit des usagers ainsi que l'exigence sociale de qualité de vie au travail et de santé au travail ajoutés aux contraintes financières modifient en profondeur l'exercice professionnel des directeurs. Ces facteurs de complexité nécessitent de réaffirmer des principes guidant leur action pour leur permettre dans leur exercice professionnel une pratique managériale adaptée et soutenue garantissant l'éthique et la responsabilité.

L'obligation réaffirmée de la performance ne peut en effet se limiter à un résultat financier immédiat ou à la mise en place d'organisations imposées. Elle suppose dans tous les cas que les objectifs assignés soient atteignables sans compromettre l'éthique, la responsabilité sociale et environnementale et la qualité du service rendu aux usagers et le respect du service public.

Dans ce contexte en forte mutation, la fonction de direction, dans le cadre particulier de l'exercice de l'autorité, y compris hiérarchique et de la relation avec les autorités publiques, doit s'appuyer sur la formalisation d'engagements réciproques de nature à favoriser une meilleure compréhension des enjeux, des droits et des contraintes de chacun.

La charte de l'éthique et de la responsabilité vise donc à réaffirmer et conforter les valeurs qui encadrent l'exercice professionnel des directeurs de la Fonction publique hospitalière, lesquelles doivent se concilier avec l'accroissement des besoins de la population, l'exigence de qualité et de sécurité dans l'accompagnement des patients et des personnes accueillies et la gestion des ressources humaines.

Cette charte décline les principes à respecter et les bonnes pratiques à promouvoir pour l'exercice de la fonction de direction (chef d'établissement et/ou adjoint, directeur des soins), les relations internes à l'équipe de direction et avec l'ensemble des collaborateurs tout autant que les relations avec les représentations institutionnelles et professionnelles internes et les autorités publiques externes en charge de la tutelle, du contrôle et de la tarification.

Elle constitue un document de référence qui définit des principes communs aux établissements et aux services de l'Etat et promeut conjointement les bonnes pratiques dans l'exercice professionnel en matière d'éthique et de responsabilité.

Elle se développe dans le respect des principes du droit, commun ou statutaire, qui parfois la sous-tendent mais entend aller au-delà. Les principes de base sont inscrits dans le titre I de la loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment en son chapitre IV « des obligations et de la déontologie ».



Dans ce cadre, le directeur / la directrice doit

- Exercer ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité, en respectant l'obligation de neutralité et le principe constitutionnel de laïcité ;
- Assurer le traitement équitable de toutes les personnes accueillies dans le secteur sanitaire, social et médico-social public et respecter leur liberté de conscience et leur dignité ;
- Gérer sans délai et prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il /elle se trouve placé(e) à titre personnel ou dans lesquelles l'un des membres de l'équipe de direction pourrait se trouver placés ;
- Accomplir les missions confiées et assumer la responsabilité de leur exécution, en tenant compte des instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public ;
- Veiller au respect des missions de service public dans le ou les établissement(s) où il/elle exerce.
- Respecter le secret professionnel dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- Respecter la discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont il / elle a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ;
- Assumer la responsabilité des activités déléguées à ses collaborateurs.

Au-delà de ces principes, cette charte a vocation à définir les pratiques professionnelles respectueuses des valeurs énoncées dans la présente charte.

Elle affirme ainsi les droits reconnus au directeur/à la directrice dans l'exercice de ses fonctions et de ses responsabilités souvent en miroir de ses obligations légales et réglementaires.



II) PRINCIPES ET BONNES PRATIQUES POUR L'EXERCICE DU MANAGEMENT D'ÉQUIPE

Le management d'équipe éclairé et responsable repose sur des relations de travail fondées sur la confiance et le respect, la loyauté et la solidarité.

Il doit favoriser la qualité de vie au travail (environnement de travail sécurisé, conciliation de la vie professionnelle et personnelle, conditions d'exercice respectueuses des personnes...).

La déclinaison de ces principes implique

- **Le respect des procédures statutaires et réglementaires** (recrutement, évaluation, discipline...);
- **Un dialogue transparent, équilibré, sincère et constructif** pour développer des relations de qualité avec la représentation institutionnelle et professionnelle interne et externe ;
- **La responsabilisation des professionnels au service de l'intérêt général**, sur la base d'objectifs clairs et préalablement convenus ;
- **Le développement des compétences** en favorisant l'accès à la formation professionnelle, en les reconnaissant par une évaluation objective et en assurant la diffusion des acquis et de l'expérience ;
- **La reconnaissance et la valorisation des responsabilités :**
 - En les déclinant dans une fiche de poste et un organigramme précis et actualisés ;
 - En déterminant clairement le champ de la délégation accordée ;
 - En définissant les objectifs annuels en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et du service ;
 - En valorisant les résultats obtenus, notamment dans le cadre de l'évaluation professionnelle et du régime indemnitaire associé ainsi que du parcours professionnel ;
- **La gestion et la prévention des risques psychosociaux ;**
- **Le respect du droit à l'information**, à l'accès à son dossier et à la protection en cas d'exposition à un risque particulier.



III) PRINCIPES ET BONNES PRATIQUES DANS LES RELATIONS AVEC LES REPRÉSENTANTS INSTITUTIONNELS ET PROFESSIONNELS INTERNES ET EXTERNES

■ **Respecter le droit :**

C'est le respect de la règle de droit, mais aussi du champ de compétences que la loi attribue à chacun ;

■ **Respecter les personnes :**

C'est la reconnaissance des individus, au-delà de la fonction exercée. Elle implique que les rapports entre les personnes se fondent réciproquement sur une juste considération et un comportement sincère et loyal ;

■ **Respecter les procédures :**

C'est respecter le champ de compétences, répondre aux sollicitations réciproques dans le délai convenu, identifier et signaler les difficultés rencontrées dans l'exercice des missions respectives et convenir des voies d'action pour y remédier ;

■ **Respecter le dialogue :**

C'est la volonté réciproque exprimée de s'engager dans un dialogue ouvert, équilibré et constructif fondé sur la sincérité des échanges, sur l'accès mutuel aux données et à l'information nécessaire au pilotage des missions, ainsi que sur le respect des responsabilités de chacun et du dialogue contradictoire ;

■ **Respecter les principes de l'évaluation :**

C'est assurer une distinction entre les résultats de l'établissement et les résultats individuels obtenus par le directeur / la directrice au regard des objectifs annuels fixés dans une discussion préalable organisée. C'est, pour les emplois qui le prévoient, établir la lettre de mission et inscrire l'évaluation dans ce cadre. Enfin, c'est respecter les modalités définies et les délais fixés par l'autorité publique nationale ;

■ **Définir en commun une méthodologie partagée :**

C'est se mettre d'accord pour organiser l'information et le traitement des demandes et plaintes des familles, des patients, des élus et des personnels ;



■ **Soutenir et accompagner l'établissement :**

C'est l'engagement des autorités publiques régionales et nationales d'apporter un appui-conseil et d'assurer un accompagnement au directeur chef d'établissement et à son équipe dans le cadre des projets à porter et des actions à promouvoir mais aussi des difficultés rencontrées ;

■ **Respecter la protection fonctionnelle :**

C'est le droit à bénéficier, de la part des autorités compétentes, d'une protection contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, en dehors d'une faute personnelle ;

■ **Soutenir et accompagner les directeurs par le CNG :**

C'est pouvoir bénéficier d'un appui-conseil et /ou d'un accompagnement dans le cadre du parcours professionnel ou en cas de difficultés rencontrées dans l'exercice des fonctions ;

■ **Respecter l'impartialité**

C'est pour établir les faits avec discernement et mesure dans le respect du dialogue contradictoire ;

Annexe 7

Cartographie des RPS des directeurs de la FPH. CNG. Dispositif de prévention et de traitement des RPS des directeurs de la FPH.

Zones de risques identifiées	Manifestation des RPS	Facteurs d'apparitions favorisants	Facteurs modérateurs
Exigence au travail	<i>Accroissement de la morbidité</i>	<p>Responsabilités de plus en plus étendues sur des périmètres de plus en plus larges, avec de nombreux objectifs de plus en plus exigeants à atteindre dans des délais de plus en plus réduits</p> <p>Généralisation des technologies numériques de l'information et de la communication qui impose une réactivité permanente et une pression temporelle</p> <p>Contexte de foisonnement réglementaire, de multiplication des interlocuteurs et de donneurs de consignes</p> <p>Risques de poursuites judiciaires</p>	<p>Définition claire des périmètres de missions, responsabilité et charges,</p> <p>Reconnaissance d'un droit à la déconnexion</p> <p>-Equilibre maintenu par la vie conciliation vie professionnelle-vie personnelle</p> <p>Soutiens externes : débriefing, tutorat, coaching, mentorat, etc...</p> <p>Capacité personnelle ou accompagnement à la prise de recul</p> <p>Appui du service de santé au travail,</p> <p>Posture managériale adaptée du chef d'établissement</p> <p>Relation équilibrée, confiante et responsable avec les autorités extérieures : respect de la charte de l'éthique et de la responsabilité</p>
	<i>Comportement addictif</i>	<p>Contexte de « saturation émotionnelle » (F.X. Schweyer) des établissements : confrontation répétée à la mort, aux maladies,....</p> <p>Obligation pour le directeur de contenir l'émotion institutionnelle en cas de rupture ou de changement important dans l'organisation du travail ou d'événements imprévus grave voire dramatiques</p> <p>Isolement de certains exercices professionnels (ex : secteur de l'enfance et de la famille)</p>	<p>Prise en compte par le recours à des formations adaptées</p> <p>Equilibre maintenu par la conciliation vie professionnelle-vie personnelle</p> <p>Soutiens externes : débriefing, tutorat, coaching, mentorat, etc...</p> <p>Capacité personnelle ou accompagnement à la prise de recul</p> <p>Appui du service de santé au travail,</p>
Exigence émotionnelle			

	<p><i>Décès prématurés Epuisement professionnel souvent liée à un surinvestissement Maladies cardio vasculaires</i></p>	<p>Grande confiance des directeurs dans leur capacité de résistance, et répugnance à témoigner leur fragilité</p> <p>Exposition particulière des personnes d'encadrement</p> <p>Charge liée à la représentation institutionnelle</p> <p>Charge pour assurer le maintien d'un climat social aussi serein que possible (établissement conflictuel)</p>	<p>Organisation d'un dispositif d'analyse de la pratique managériale au niveau pertinent (équipe de direction, ensemble managérial du GHT...)</p>
<p>Autonomie et marge de manœuvre</p>	<p><i>Mésestime de soi allant jusqu'aux épisodes dépressifs Problèmes de santé mentale avec leurs corollaires : absentéisme et consommation de psychotropes, anxiété et dépression voire suicide</i></p>	<p>Hypercentralisation des décisions</p> <p>Délégation sans limite, réduite ou limitée avec disqualification : processus qui entraîne une définition floue du périmètre</p> <p>Evolution de la délégation de signature non argumentée</p> <p>Evolution de l'organigramme non explicitée ou trop fréquente</p> <p>Multiplication des procédures pour faire face aux risques juridiques et assurer la sécurité de l'activité,</p> <p>Réformes menées rapidement et/ou sans dialogue,</p> <p>Dilution de l'action de la direction (abandon managérial...)</p> <p>Marges de manœuvres inexistantes</p> <p>Sentiment de ne pas avoir une plénitude d'exercice</p> <p>Evaluation insuffisante voire inexistante des politiques publiques</p>	<p>Qualité des relations instaurées avec/par le chef d'établissement et/ou les autorités de contrôle et de tarification : respect de la charte de l'éthique et de la responsabilité</p> <p>Définition précise du principe de délégation</p> <p>Maintien de l'autonomie dans le cadre d'un dialogue constructif (détermination d'objectifs clairs et atteignables, dispositif d'évaluation...)</p> <p>Développement des compétences</p> <p>Management participatif pour être associé et entendu</p> <p>Accès à des formations adaptées</p> <p>Modification du cadre d'exercice sur la base d'un dialogue construit</p>
<p>Rapports sociaux et relations de travail</p>		<p>Modification des cadres d'exercice sans dialogue suffisant (réforme du système sanitaire, social ou médico-social, réorganisation des structures concernées...)</p> <p>Définition imprécise des périmètres d'action des différents acteurs</p>	<p>Construction d'un dialogue social ouvert, transparent et responsable : instauration d'une culture de la concertation, de la négociation et de l'engagement actif</p> <p>Prise en compte de l'aspect organisationnel dans l'approche managériale</p>

	<p><i>Stress négatif</i></p>	<p>Méconnaissance voire disqualification des interlocuteurs et donc de leurs activités</p> <p>Hiérarchisation et valorisation implicite des fonction de direction (finances, RH, qualité, direction des soins...) en fonction de l'adhésion aux impératifs définis et aux priorités retenues (ex : équilibre financier)</p> <p>Défaut d'animation et de coordination des équipes : management autoritaire et/ou affectif, négligence, désengagement...</p> <p>Réseaux sociaux et médias</p>	<p>Connaissance et considération des interlocuteurs et de leurs activités</p> <p>Animation et coordination respectueuse des équipes de direction</p> <p>Echanges organisés au sein de l'équipe de direction : conduite professionnelle des réunions, travail de co-construction ...</p> <p>Reconnaissance des compétences par le co-développement, la co-construction et la co-organisation</p> <p>Développement de la coopération et du travail d'équipe</p> <p>Formation des chefs d'établissement au management</p> <p>Développement de l'accompagnement collectif avec participation des dirigeants à des ateliers de co-développement spécifiques : professionnalisation du management</p> <p>Dynamisation des parcours professionnels</p> <p>Partage des bonnes pratiques managériales prenant en compte la diversité des parcours professionnels et le renouvellement générationnel</p> <p>Hiérarchisation des fonctions sous une forme adaptées et mesurable</p>
<p>Conflits de valeurs</p>		<p>Observation d'un surinvestissement de la notion d'intérêt général chez les professionnels du secteur public, affectés par la substitution d'une conception de «service au public » à une logique de service public opérée dans les projets de modernisation du service public (RGPP)</p>	<p>Développement de la solidarité professionnelle pour permettre des échanges au sujet de ces conflits</p> <p>Soutien par l'action syndicale</p>

	<p><i>Troubles musculo-squelettiques (TMS) : lombalgies, sciatalgies, tendinites...</i></p>	<p>Travail réalisé non conforme aux convictions et représentations personnelles (« qualité empêchée »), conflit de valeurs...</p> <p>Juxtaposition d'une exigence de qualité totale et d'une exigence de rapidité, voir d'urgence dans le travail (sentiment de travail « bâclé », de ne pas avoir le temps de réfléchir ou de passer à côté des éléments essentiels...)</p> <p>Difficulté à maintenir un niveau suffisant de promotion sociale en raison des limites financières</p>	
<p>Sécurité Socio-économique</p>		<p>Reconfiguration généralisée (GHT), sans mesure-coussinet suffisante au plan statutaire et sans accompagnement adapté, précarisant certaines situations de directeurs : emplois fonctionnels, mise à disposition, détachement...</p> <p>Insécurité socio-économique</p> <p>Risque de changement non maîtrisé des conditions de travail</p> <p>Disposition d'accompagnement insuffisants voire inexistantes après un accident de la vie qui rend difficile, voire impossible, un retour à l'emploi avec risque de perte de rémunération</p> <p>Absence de prise en considération de facteurs familiaux dans l'accompagnement à la mobilité (propre à la FPH)</p> <p>Difficultés à retrouver un poste à l'issue de certaines positions statutaires, telles que le placement en disponibilité d'office ou le retour après un exercice en outre-mer</p>	<p>Cadre statutaire sécurisant</p> <p>Dispositifs d'accompagnement tenant compte des alés en cours de carrière</p> <p>Mesures statutaires d'accompagnement, de reclassement et de sécurisation de l'emploi</p> <p>Prise en compte d'une protection sociale, prévoyance et complémentaire santé</p> <p>Mesures spécifiques à l'exercice en Outre-mer</p>

Vassé

Guillaume

Octobre 2018

FILIÈRE DH

Promotion 2017-2018 Camille Claudel

AGIR POUR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MANAGERS EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

Résumé :

L'hôpital public évolue aujourd'hui dans un environnement où les exigences sont de plus en plus fortes avec une impérieuse nécessité de qualité. La qualité de vie au travail est aujourd'hui une exigence fondamentale. Afin d'agir sur la QVT, le management hospitalier doit faire preuve d'innovation. Le manager hospitalier est un acteur, un levier et concepteur du management et de la qualité de vie au travail. Pour accompagner les professionnels, pour « *penser le travail* », donc agir sur la QVT, les acteurs mobilisés en première ligne au sein des établissements de santé, sont les managers. Les cadres de santé, les cadres administratifs, logistiques et techniques, les chefs de service, les chefs de pôle, les directeurs adjoints et les chefs d'établissement sont les sources d'une démarche QVT pour les professionnels mais ils sont également concernés par leur propre qualité de vie au travail. La QVT des managers est capitale pour espérer de ces leviers une action managériale visant à améliorer les conditions de travail dans l'établissement. Une démarche ciblée pour les managers permet de les accompagner, d'offrir des espaces de discussion, et de les faire participer activement dans la construction d'une démarche globale.

Mots clés :

Qualité de vie au travail, QVT, management, managers, conditions de travail, établissements de santé, innovation managériale, risques psychosociaux, management participatif, co-développement, intelligence collective, CHD Vendée, démarche QVT, projet managérial

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.