



Filière Directeurs des soins

Promotion : **2018 – Marie CURIE**

Date du Jury : **décembre 2018**

**Le télétravail des cadres de santé :
un levier managérial du directeur des
soins en faveur de la qualité de vie au
travail**

Jean-Benoît DAVIAUD

Remerciements

Parmi l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné dans mon parcours professionnel ces derniers mois, il me tient à cœur de remercier particulièrement :

- Les professionnels interviewés qui ont contribué à ce travail d'étude, par leur disponibilité et de la richesse de leur propos : Directeurs, Médecins, Cadres supérieurs, Cadres de santé, Psychologue du travail, Responsables de système d'informations, Représentants des Personnels, Professionnels de santé,
- Les enseignants ou élèves avec qui, au cours de ma formation à l'EHESP, j'ai eu la chance de partager du temps et des travaux interdisciplinaires dont je garde un souvenir précieux et amical,
- Sylvie et Laurence dont l'accueil en stage, les conseils, et le partage d'expériences ont guidé mes premiers pas dans la fonction de directeur des soins,
- Christine, Colette, Marie, Marie-Hélène du « club des cinq » en gardant en mémoire nos nombreux échanges conviviaux,

Pour leur confiance indéfectible, pour leur soutien depuis toujours, je dédie ce mémoire à mes enfants, ma femme, mes parents.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les concepts au service de la compréhension de la problématique	5
1.1 Les acteurs	5
1.1.1 Les cadres de santé : un rôle pivot et exigeant.....	5
1.1.2 Le directeur des soins	7
1.2 La qualité de vie au travail : une clé de la qualité des soins.....	9
1.2.1 Un concept récent	9
1.2.2 Risques psycho-sociaux et QVT : deux concepts liés.....	10
1.3 Le télétravail.....	13
1.3.1 Un cadre juridique qui se développe en faveur d'un télétravail régulé	13
1.3.2 Les plus-values du télétravail	17
1.3.3 Le télétravail : pour qui ?	21
2 Une exploration conduite sur le terrain	23
2.1 La méthodologie de l'exploration.....	23
2.1.1 Choix des terrains et de la population enquêtés	24
2.1.2 Les outils utilisés	25
2.1.3 Les points forts et limites de l'étude.....	26
2.2 L'analyse des résultats.....	27
2.2.1 Le télétravail : un levier reconnu de QVT.....	27
2.2.2 Les cadres de santé : une population identifiée en tension	28
2.2.3 Le télétravail : une opportunité de QVT applicable à la fonction cadre ?	29
2.2.4 Les freins au développement du télétravail des cadres de santé.....	32
2.2.5 Le télétravail pour les cadres de santé : une réflexion sur les avantages ...	33
2.2.6 Le GHT : un impact encore mal perçu sur la fonction cadre	34

3	Opportunités, points de vigilance et préconisations.....	35
3.1	Les opportunités offertes pour la politique managériale du DS	35
3.1.1	Un levier pour l'autodétermination et l'autonomie	35
3.1.2	Un outil moderne et innovant	36
3.2	Les points de vigilance	37
3.2.1	Identifier les bons profils	37
3.2.2	Gérer les risques techniques et étudier l'impact économique	38
3.2.3	Respecter les contraintes règlementaires	40
3.3	Les préconisations pour le déploiement du télétravail des CS	40
3.3.1	Le projet managérial comme pierre angulaire de la politique du DS	41
3.3.2	L'actualisation et le renforcement des outils existants.....	42
3.3.3	Réguler le fonctionnement des unités de soins en absence du cadre	44
3.3.4	L'innovation au service d'une mise en place réussie du télétravail.....	46
3.3.5	Expérimenter et évaluer.....	48
	Conclusion.....	50
	Sources et bibliographie.....	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT : agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS : agence régionale de santé
CGS : coordonnateur général des soins
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CME : commission médicale d'établissement
CTE : comité technique d'établissement
CGS : coordonnateur général des soins
CS : cadre de santé
CSS : cadre supérieur de santé
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DH : directeur d'hôpital
DRH : directeur des ressources humaines
DS : directeur des soins
DSI : directeur des systèmes d'information
DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes
ETP : équivalent temps plein
GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GRH : gestion de ressources humaines
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFOP : institut français d'opinion publique
MCO : médecine – chirurgie – obstétrique
PM : personnel médical
PNM : personnel non médical
QVT : qualité de vie au travail
RPS : risques psychosociaux
SSR : soins de suite – réadaptation
T2A : tarification à l'activité
USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

Soigner mieux en dépensant moins, cette formule notoire depuis 2002 est devenue le leitmotiv de notre système de santé. Démarches de certifications, tarification à l'activité (T2A), politique de gestion des risques : dans un contexte de contraintes budgétaires, la culture de la qualité et de la sécurité s'inscrit comme la priorité des établissements de santé. Sous une pression budgétaire croissante, l'hôpital traverse une crise grave qui se manifeste par de la souffrance au travail, des ambiances lourdes et conflictuelles, un turn-over et un absentéisme en augmentation.

Aujourd'hui, la place occupée par les cadres de santé s'apparente à celle de « chefs d'orchestre » dans leurs équipes et près des usagers. Il s'agit de professionnels très souvent engagés et consciencieux. Pourtant ils sont soumis à de fortes tensions : en lien avec de nombreuses restructurations et un contexte contraint, l'incertitude de l'avenir interroge et angoisse la profession.

Au cœur des organisations et des réorganisations, au carrefour de logiques soignantes, médicales et gestionnaires, ils managent des équipes en répondant aux exigences réglementaires, de certification, de besoin de qualité et de sécurité des soins délivrés aux usagers.

Bien que principaux leviers de mise en œuvre du changement, ils sont peu cités dans les réformes hospitalières et sont mis à rude épreuve par cette situation difficile qui touche les soignants qu'ils encadrent, mais qui les touchent eux aussi.

Ils doivent travailler dans un même temps sur deux volets. D'une part, l'indispensable volet opérationnel, avec une charge de travail et une charge mentale importantes qui rendent leur travail difficile. D'autre part, leur indispensable engagement institutionnel, qui s'exprime dans la conduite de projets en lien avec les valeurs et politiques d'établissement.

Sur leurs épaules, repose un niveau de responsabilité qui s'intensifie avec la nouvelle gouvernance.

Aspirés par les tâches administratives, occupés à alimenter des outils de gestion, courant d'une réunion à l'autre, les cadres de santé ne sont plus sur le terrain¹. Conflits de valeurs, demande croissante de reconnaissance, intensification de la charge de travail, déconnexion des décisions venues d'en haut, les raisons d'un malaise identitaire sont nombreuses. L'enjeu est de mesurer l'importance de la régulation locale du travail,

¹ GREVIN A., janvier 2015, « La transformation du travail d'encadrant de proximité » 19èmes journées nationales d'étude des cadres de santé, 22-23 janvier 2015, Montpellier

d'autoriser la prise d'initiatives, de privilégier la relation et d'accompagner les cadres de proximité.

L'épanouissement professionnel des cadres de santé est pourtant une condition essentielle au bon fonctionnement des unités de soins et des équipes en faveur de l'efficacité de prise en charge du patient.

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 corrélation entre qualité des soins et QVT est à ce jour reconnue par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), la Haute Autorité de Santé, les fédérations hospitalières, les sociétés savantes ainsi que les organisations syndicales.²

La QVT comme clé de la qualité des soins bénéficie du soutien des politiques publiques qui encouragent les projets innovants et expérimentaux.

Le télétravail est dans l'ère du temps. Il a connu ces derniers mois de profonds bouleversements législatifs avec la modification des articles de loi le concernant.

Dans le cadre des ordonnances dites « Macron » du 22 septembre 2017, et de la loi du 29 mars 2018, il a été décidé de faciliter et favoriser son recours par les salariés.

Son développement répond à des enjeux de qualité de vie pour les salariés : autonomie de travail, gain de temps et d'argent par la réduction des durées de transport, de la fatigue, ou des coûts liés aux trajets sont autant d'avantages reconnus.

Malgré un développement croissant, les freins sont encore nombreux. Porteur d'espoirs, il est aussi porteur de soupçons. Soupçons de la part de l'employeur, chez qui la culture du présentisme reste forte et une perte de la fonction contrôle. Soupçons de la part de l'employé, avec la crainte d'être coupé du collectif et la peur aussi d'être exploité durant son temps personnel.

Parler du télétravail, c'est évoquer le télétravailleur, son environnement humain et matériel, c'est aussi se pencher sur le fonctionnement du reste de l'équipe durant ses horaires d'activité distante. C'est aussi sonder l'organisation du travail et du management.

Si le télétravail est appelé à se développer sur de nouveaux secteurs, il faut comprendre que toutes les demandes ne peuvent et ne doivent être satisfaites, soit du fait du métier, soit du fait du salarié.

² Guide ANACT-HAS : « 10 questions sur la qualité de vie au travail » (<https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-comment-mettre-en-oeuvre-une-demarche-de-qualite-de-vie-au>)

Les expériences du premier et deuxième stage associées au contexte des permanentes évolutions hospitalières nous amènent à de nombreuses questions : le télétravail est-il envisageable dans le champ professionnel du cadre de santé ? Représente-t-il une menace ou une opportunité ? Est-il compatible avec l'intérêt du service ? Une partie des missions des cadres de santé est-elle conciliable avec une activité en télétravail ?

Pour répondre à ce questionnement, notre réflexion nous a conduits à formuler la question centrale suivante :

« Dans un contexte de contraintes budgétaires qui voit se développer des processus d'optimisation des organisations de travail et prévention des risques psychosociaux, en quoi le télétravail peut-il constituer pour le Directeur des Soins un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail des cadres de santé ? ».

La première partie de notre travail, théorique et conceptuelle, exposera les notions et réglementations au service de la compréhension de la problématique : les acteurs concernés, la QVT, le télétravail.

La deuxième partie sera consacrée à l'exploration. Elle viendra illustrer, par l'analyse du recueil des enquêtes de terrains, la vision portée par les acteurs hospitaliers sur les éléments de problématique.

Enfin, la troisième partie s'attachera à relever les opportunités et les points de vigilance dans la perspective de la mise en place du télétravail pour les cadres de santé et à proposer des orientations et préconisations en lien avec nos futures fonctions.

1 Les concepts au service de la compréhension de la problématique

1.1 Les acteurs

1.1.1 Les cadres de santé : un rôle pivot et exigeant

Dans les années 1960, l'histoire des cadres de santé connaît une évolution importante. A cette période, les hôpitaux se modernisent rapidement, et leur fonctionnement traditionnel est remis en question par une technicisation et une spécialisation des services. Cette complexification médico-technique se traduit par une répartition du travail entre catégories professionnelles et génère un besoin de coordination entre les unités.

Autrefois tenue par des religieuses, la fonction d'encadrement, antérieurement dénommée surveillante ou infirmière chef, évolue.

Avec la publication du décret du 9 octobre 1975³, apparaît, d'un point de vue réglementaire et institutionnel, le mot « cadre infirmier ». L'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises. Il s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion.

Le décret du 18 août 1995 crée le diplôme de cadre de santé supplantant les certificats. Dès lors, la formation s'élargit à l'ensemble des professions paramédicales et renforce ce changement. Elle s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et de la qualité des soins.⁴

Les cadres de santé prennent une part croissante dans l'organisation des structures de soins, compte tenu de la nouvelle gouvernance observée dans les hôpitaux.

Ils deviennent des éléments incontournables car ils maîtrisent, du fait de leur expertise, le champ des aléas au sens du contrôle des zones d'incertitudes décrit par CROZIER.⁵

Situés au carrefour de la clinique et de la gestion, ils font la liaison entre des services qui souvent s'ignorent, qui ne connaissent pas les contraintes des uns et des autres. Ils favorisent ainsi la compréhension mutuelle, par une communication horizontale entre

³ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au Certificat de Cadre Infirmier – journal officiel du 12 octobre 1975, p 10 566

⁴ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, l'acteur et le système, Ed. du Seuil, 445 pages

équipes de soins et services supports, et une communication verticale entre la direction (gestion) et la clinique (soins).

Les modalités d'application de la T2A conditionnent le financement hospitalier et amènent les cadres à une attention sur la nature et le volume de l'offre de soins. L'indispensable accroissement de la productivité des services doit se conjuguer avec d'autres objectifs majeurs : qualité et sécurité des soins, confort du patient, conditions de travail satisfaisantes pour les équipes de soins. Par ailleurs, ils sont aussi conduits à prendre de nouvelles responsabilités dans la gestion interne des hôpitaux. Ils s'engagent ainsi dans le management de pôle, garants d'une contractualisation avec le directeur d'établissement.

Des contraintes pouvant être vécues comme paradoxales s'imposent aux cadres.

Tout d'abord, ils assurent pleinement le quotidien des services : mettre à jour les procédures, renseigner les plannings de personnel et d'activités, transmettre des indicateurs, répondre à des enquêtes...

Ils sont aussi sollicités pour faire vivre les différents projets institutionnels, et conviés à de nombreuses réunions. Ces participations multiples aux groupes projets, comités de pilotage, réunions sont consommatrices de temps et de charge de travail soutenue.

Le rapport DE SINGLY de la Mission Cadres Hospitaliers rendu en 2009 à la Ministre de la Santé et des Sports nous présente un encadrement hospitalier en difficulté, mal reconnu, face à une organisation en mouvance et une demande croissante des usagers.

Chantal DE SINGLY y suggère une plus forte intégration à l'équipe managériale de l'établissement, en rendant obligatoire la rédaction d'un « projet managérial » au sein du projet d'établissement : « *Faire participer les cadres aux décisions qui les concernent est très responsabilisant* ». ⁶

Elle y soutient l'idée de créer des « *espaces cadres, lieux d'échanges privilégiés qui permettront de faire fonctionner la ligne hiérarchique dans les deux sens* ». Ces espaces ne doivent pas se substituer aux collègues cadres mais représenter une formule complémentaire, moins formelle et plus fédératrice.

En 2011, Mathieu DETCHESSAHAR, dans ses travaux de recherche parus dans la revue française de gestion, nous présente un « *management de proximité empêché « happé » par les directions et attiré vers d'autres scènes que celle de la régulation du travail* ». ⁷

⁶ DE SINGLY, C., 2009, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 125 p.

⁷ DETCHESSAHAR M., mai 2011, « Management et santé, Revue Française de Gestion, numéro 2014, article « la santé au travail », p.99

Les cadres feraient face à une injonction paradoxale :

- D'une part, il leur est demandé d'assurer pleinement le quotidien des services.
- D'autre part, ils sont sollicités pour répondre et faire vivre les différents projets institutionnels, pour lesquels ils sont conviés dans de nombreuses réunions, groupes projets, comités de pilotage, au final très chronophages.

M. DETCHESSAHAR précise que « *loin de souffrir des excès ou de l'omniprésence de la hiérarchie, les équipes se plaignent au contraire de l'absence de leur management. (...) Cette situation fragilise les équipes comme leur management et conduit à interroger, en amont, le travail des directions générales* ». ⁸

Edouard COUTY, dans son rapport⁹ de mars 2013 promeut un management correspondant aux exigences du service public et formule quatre propositions :

- Affirmer les exigences de la gestion du service public hospitalier et les formaliser dans une **charte du management et du dialogue social** au sein de chaque établissement,
- Recréer les **espaces de concertation, d'information et de dialogue** au sein des différentes structures, en préservant la **souplesse nécessaire** à leur fonctionnement,
- **Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution,**
- Elaborer un **projet d'établissement dans une démarche participative** et d'information.

1.1.2 Le directeur des soins

La formation des directeurs des soins et les évolutions législatives confèrent aujourd'hui à cette fonction une place au sein de l'équipe de direction.

Aujourd'hui, les organisations hospitalières ne permettent plus de s'inscrire dans un management vertical tout en maintenant un niveau de cohérence dans le cadre de l'organisation polaire instituée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et renforcée par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Jérôme RUMEAU se penche sur les nouvelles missions du DS, et sa place au sein de l'échiquier hospitalier qui a impacté l'exercice de l'autorité vis-à-vis des autres acteurs

⁸ DETCHESSAHAR M., mai 2011, « Management et santé, Revue Française de Gestion, numéro 2014, article « la santé au travail », p.91

⁹ COUTY E., « le pacte de confiance pour l'hôpital », mars 2013

hospitaliers. : « *Ce n'est plus une expertise en soins qui est attendue, mais en management qui s'appuie sur une connaissance réelle des organisations hospitalières* ». ¹⁰

La présidence et l'animation de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques (CSIRMT)¹¹ ainsi que sa présence au directoire le positionnent comme un acteur qui participe aux orientations stratégiques de l'établissement.

Selon le référentiel métier des DS et dans le cadre de son décret de compétences :

- « *Il élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques* »¹² ;
- « *Il contribue, dans son champ de compétences, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement* ». ¹³

Jérôme RUMEAU précise¹⁴ :

- « *La mise en œuvre des différents projets, le suivi des prises en charge et la cohérence institutionnelle s'inscrivent dans un contexte managérial des équipes de cadres paramédicaux par le DS* ».
- « *De fait, l'autorité hiérarchique du DS est maintenue mais s'exprime dans le cadre d'un management participatif intégrant les enjeux institutionnels issus de la loi HPST* ».

En participant à la définition de la politique de l'établissement et aux stratégies de coopération, le DS met en œuvre un management à la fois stratégique et transversal.

La déclinaison, dans le projet de soins, du projet institutionnel permet de garantir la qualité de la prise en charge du patient, mais aussi de travailler avec l'encadrement paramédical et médical.

Ce management par le projet permet au DS de coordonner, d'animer, d'organiser les activités paramédicales en liens avec les autres directions fonctionnelles et en cohérence avec les pôles.

Le contexte actuel est fortement évolutif avec l'avènement des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Le GHT, « *composante parmi plusieurs dispositifs d'une politique de santé selon une approche par parcours, notamment par le recours au numérique* » (...)

¹⁰ RUMEAU J., février 2015, « Le directeur des soins, entre autorité hiérarchique et fonctionnelle », Soins cadres n° 93S, pp 13-15

¹¹ Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques dans les établissements de santé

¹² Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002, portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

¹³ Décret Ibid.

¹⁴ RUMEAU J., février 2015, « Le directeur des soins, entre autorité hiérarchique et fonctionnelle », Soins cadres n° 93S, pp 13-15

« oblige à regarder en dehors du périmètre physique et symbolique de l'établissement et est source d'opportunités pour faire émerger des projets ambitieux et pour tirer bénéfice de nouveaux leviers ». ¹⁵

« L'incitation explicite à mettre en œuvre une coordination opérante entre les structures et acteurs trouve appui sur un management de proximité performant et sur un système d'information capable de partager l'information entre les acteurs ». ¹⁶

1.2 La qualité de vie au travail : une clé de la qualité des soins

1.2.1 Un concept récent

Le concept de qualité de vie au travail (QVT) est d'apparition relativement récente.

Il émerge dans les années 70 et trouve son fondement aux Etats-Unis lorsqu'à la suite de différents travaux, des chercheurs démontrent que l'efficacité d'un employé est directement liée à la qualité de vie au travail, cette dernière dépendant de la capacité de l'entreprise à articuler les dimensions humaines, sociales et techniques. ¹⁷

Pour la définir, le plus simple est de se reporter à l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail ¹⁸ : « *La qualité de vie au travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation. Elle est également associée aux attentes fortes d'être pleinement reconnu dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle* ».

À l'heure où la génération Y pianote sur son smartphone pour chercher l'information, Wikipédia nous apprend que la santé au travail est une « démarche pluridisciplinaire, associant employés et employeurs, dans le but de créer un lieu de travail favorable à la santé (...) ».

Nos parents évoquaient la lutte des classes et revendiquaient collectivement une cinquième semaine de congés payés ; nous parlons de QVT et sollicitons un équilibre vie personnelle / vie professionnelle.

Le vocabulaire change, mais les maux restent. Bien plus, ils sont en augmentation.

Dans le domaine hospitalier, ils se rapportaient à la thématique des accidents du travail et étaient l'apanage d'employés modestes. Ils se sont généralisés et concernent désormais

¹⁵ DURANT V., MINVIELLE E., OLLIVIER R., décembre 2017, « Un an après, les facteurs de réussite des GHT », Gestions Hospitalières n° 571, p. 638-645

¹⁶ Ibid.

¹⁷ ANACT : brève histoire d'un concept, novembre 2013

¹⁸ <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>

toutes les catégories et tous les métiers, de l'ouvrier au directeur, de l'aide-soignant au professeur de médecine.

Des outils de mesure de la qualité de vie au travail et des travaux sur la question des rythmes de travail font partie des projets managériaux.

Le sujet n'est plus limité au triptyque médecin du travail / directeur des ressources humaines / organisation syndicale, mais dépend d'une démarche globale impliquant l'ensemble des acteurs hospitaliers.¹⁹

Au niveau national, la HAS, l'ANACT et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sont chargés d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de démarches concrètes.

Les projets d'actions collectives, regroupant plusieurs établissements autour de problématiques, bénéficient en outre de l'appui des Agences Régionales de Santé (ARS) et du réseau des Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

Ces politiques publiques incitatives promeuvent les expérimentations innovantes visant l'amélioration des conditions de travail, le bien-être au travail, la prévention des risques professionnels dans le cadre de projets ciblés sur des pratiques en lien avec la QVT.

1.2.2 Risques psycho-sociaux et QVT : deux concepts liés

Même si éliminer les risques psycho-sociaux (RPS) n'équivaut pas pour autant à développer la satisfaction au travail et la QVT, les deux concepts sont très liés. Améliorer la QVT, c'est contribuer à la prévention des RPS.

La QVT contribue au développement de la personne, qui fait qu'elle va s'engager pleinement dans son activité de travail parce qu'elle y trouve satisfaction et sens, et qu'elle participe à une ambition, une œuvre collective.

Selon Olivier LIAROUTZOS²⁰, l'évaluation d'actions de prévention des risques psychosociaux est l'occasion de revisiter le rôle du management en regardant de près l'activité des cadres de proximité. Plus ils sont absorbés dans des tâches de gestion, de contrôle et de reporting, plus ils « font tampon » parfois jusqu'à l'épuisement, entre les injonctions qui n'ont plus de sens et des attentes immédiates des membres de l'équipe qui ont besoin de soutien.

¹⁹ COPIN J-Y., mars 2018, « Télétravail et ressources humaines hospitalières », revue hospitalière de France n° 574

²⁰ LIAROUTZOS O., mai 2018, « La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ? » revue Soins cadres n°106 » p. 19

Il discerne trois finalités à la QVT :

- Soutenir l'engouement de toutes les catégories de personnel qui concourent ensemble à la qualité des soins.
- Piloter autrement la performance, question sur laquelle les professionnels sont bien placés pour proposer des pistes réalistes d'amélioration des conditions de travail.
- Renforcer la cohérence des négociations éclatées en domaine de spécialisation selon la figure ci-dessous présentant les enjeux de la QVT.

Développement professionnel	Partage et création de valeur	Egalité des chances
	QVT	
Santé au travail	Contenu du travail	Relation de travail Climat social

Les RPS sont définis comme un risque pour la santé mentale, physique ou sociale, dont les déterminants sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi et l'organisation du travail. Ils représentent un sujet à fort retentissement médiatique.

A la fin des années 2000, des suicides de cadres à France Télécom ont alimenté l'actualité et conduit à des enquêtes et des procès. A l'époque, le groupe, devenu Orange, voulait se réorganiser et supprimer 22.000 postes. Sur la même période, chez Renault, une dizaine de suicides en quatre ans a aussi défrayé la chronique, menant à une alerte psychosociale de la part des syndicats. En ligne de mire, une course à la rentabilité et aux économies tous azimuts pesant au quotidien sur les ingénieurs et les cadres.

Le monde de la santé, et l'hôpital en particulier, n'est pas exempté. Ces dernières années, il a été secoué par des cas de suicides de personnels, comme ceux, particulièrement notoires du Professeur Megnien, cardiologue à l'Hôpital européen Georges Pompidou, fin 2015, et d'un cadre de santé en juillet 2016 à Saint-Calais dans la Sarthe.

Sans aller jusqu'au suicide, bon nombre de cadres éprouvent un épuisement professionnel. Le burn-out des cadres de santé fait l'objet d'une recherche dont les résultats ont été présentés en mai 2018²¹ et montrent à quel point cette catégorie professionnelle est touchée par ce syndrome psychologique.

Dans cette étude, 23 % de CS déclarent ressentir l'ensemble des symptômes de l'épuisement émotionnel « plusieurs fois par semaine » ou « tous les jours ». Un score très élevé et bien plus que chez les médecins, ou d'autres professions déjà analysées. « *À ma connaissance, c'est la première étude sur le burn-out, et plus généralement, sur les conditions de vie au travail des cadres de santé* », précise Didier TRUCHOT, professeur de

²¹ <http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180530-burn-out-cadres-de-sante-sous-haute-tension.html>

psychologie sociale à l'Université de Bourgogne Franche Comté, et co-auteur avec Ivanne BESTAGNE de l'étude réalisée en partenariat avec Objectif soins & management.²²

La recherche de rentabilité, de rationalisation oblige à modifier la gouvernance des hôpitaux, et a profondément éprouvé les relations humaines au sein des établissements. L'éthique et le management par objectifs se retrouvent en balance.

Or l'article 4121-1 du code du travail stipule que, dans ses obligations, l'employeur doit prendre les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des employés.

Le rapport du collège d'expertise de GOLLAC²³ propose un dispositif de suivi des risques pour la santé mentale provoqués par certaines conditions d'emploi, d'organisation, et de relations au travail. Il préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques

1	Intensité et temps de travail	Exigences excessives de travail, complexité du travail, difficultés de concilier vie professionnelle et personnelle...
2	Exigences émotionnelles	Tensions avec le public, obligation de cacher ses émotions...
3	Manque d'autonomie	Procédures trop rigides, sous-utilisation des compétences...
4	Rapports sociaux de travail dégradés	Conflits entre collègues et/ou l'encadrement, manque de reconnaissance...
5	Conflits de valeurs	Conflits éthiques (devoir faire des choses que l'on désapprouve), qualité empêchée (ne pas avoir les moyens de faire correctement son travail)...
6	Insécurité de la situation de travail	Peur de perdre son emploi, incertitude sur l'avenir de son métier...

Le rapport précise que ces facteurs ne doivent pas être envisagés séparément et que leurs effets dépendent aussi de la durée d'exposition.

Par ailleurs, des événements traumatisants, comme un licenciement ou une restructuration, peuvent rendre plus sensible à certains de ces facteurs.

²² <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180604-paris-healthcare-week-2018-une-premiere-etude-nationale>

²³ <http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac>

1.3 Le télétravail

Le télétravail est « *un travail qui s'effectue, dans le cadre d'un contrat de travail ou d'un avenant à celui-ci, au domicile ou à distance de l'environnement hiérarchique et de l'équipe du travailleur à l'aide des technologies de l'information et de la télécommunication* ». ²⁴

On peut compléter cette définition en y ajoutant une notion de régularité et en précisant les lieux de travail possibles.

Sous une forme plus large, il peut aussi inclure le travail mobile ou le travail nomade.

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, le télétravail à temps complet est réservé aux personnels qui ne peuvent pas poursuivre leur activité professionnelle au bureau, notamment en cas de problème de mobilité (handicap, mi-temps thérapeutique...) La forme qui prévaut est dénommée « pendulaire », c'est-à-dire, à temps partiel sur des bases, par exemple, entre 1 et 3 jours par semaine, le reste au bureau.

Cette organisation limite les déplacements domicile/travail en conservant le lien avec l'équipe et l'environnement professionnel.

1.3.1 Un cadre juridique qui se développe en faveur d'un télétravail régulé

Les évolutions législatives en faveur du télétravail dans la fonction publique sont récentes dans l'Hexagone. Chronologiquement, les dates à relever sont :

- **2010 : la loi relative à la rénovation du dialogue social**

Initialement, la loi Le Pors de 1983 ne reconnaissait que la négociation salariale. ²⁵

Il y a 8 ans, la loi du 5 juillet 2010 comporte diverses dispositions relatives à la fonction publique. Elle promeut la négociation à tous les niveaux : des négociations locales pouvant être engagées de manière autonome, à l'initiative de l'autorité administrative ou territoriale compétente, ou s'attacher à mettre en œuvre un accord conclu au niveau supérieur. ²⁶

Désormais la négociation est ouverte à un vaste champ et touche les thèmes suivants :

- Les conditions et l'organisation du travail, le **télétravail**
- Le déroulement des carrières et la promotion professionnelle
- La formation professionnelle et continue

²⁴ « Recommandation sur le télétravail en France », Forum des droits sur l'Internet, décembre 2004

²⁵ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

²⁶ Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. JORF n°0154 du 6 juillet 2010

- L'action sociale et la protection sociale complémentaire
- L'hygiène, la sécurité et la santé au travail
- L'insertion professionnelle des personnes handicapées
- L'égalité professionnelle (hommes/femmes) ; rubrique sur laquelle s'est ajoutée la **qualité de vie au travail**

- **2012 : la loi Sauvadet**

La loi du 12 mars 2012, dite "loi Sauvadet" mentionne, dans son article 133, que :

*« Les fonctionnaires relevant de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires peuvent exercer leurs fonctions dans le cadre du **télétravail** tel qu'il est défini au premier alinéa de l'article L. 1222-9 du code du travail. L'exercice des fonctions en télétravail est accordé à la demande du fonctionnaire et après accord du chef de service. Il peut y être mis fin à tout moment, sous réserve d'un délai de prévenance. Les fonctionnaires télétravailleurs bénéficient des droits prévus par la législation et la réglementation applicables aux agents exerçant leurs fonctions dans les locaux de leur employeur public. (...)*

*Un décret en Conseil d'Etat fixe, après concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique, les conditions d'application du présent article, notamment en ce qui concerne les modalités d'organisation du télétravail ».*²⁷

- **2012 : la loi Warsmann**

La loi Warsmann n°2012-387 du 22 mars 2012, relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives prévoit un certain nombre de points liés à la mise en œuvre du télétravail dont :

- La prise en charge de tous les coûts résultant directement de l'exercice en télétravail ;
- L'organisation d'un entretien annuel portant sur les conditions d'activité du salarié ;
- La priorité pour occuper ou reprendre un poste sans télétravail correspondant à ses qualifications.²⁸

²⁷ Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique. JORF du 13 mars 2012

²⁸ Loi n°2012-387 du 22 mars 2012, relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives. JORF du 23 mars 2012

- **2016 : le décret du 11 février**

Le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature précise :

« Le chef de service, l'autorité territoriale ou l'autorité investie du pouvoir de nomination apprécie la compatibilité de la demande avec la nature des activités exercées, l'intérêt du service et, lorsque le télétravail est organisé au domicile de l'agent, la conformité des installations aux spécifications techniques précisées par l'employeur ».

Ce décret détaille entre autres les points suivants :

- L'exercice des fonctions en télétravail est accordé sur demande écrite de l'agent.
- Le refus opposé à une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par un agent exerçant des activités éligibles fixées par l'un des actes mentionnés à l'article 7 ainsi que l'interruption du télétravail à l'initiative de l'administration doivent être précédés d'un entretien et motivés.
- La quotité des fonctions pouvant être exercées sous la forme du télétravail ne peut être supérieure à trois jours par semaine. Le temps de présence sur le lieu d'affectation ne peut être inférieur à deux jours par semaine.²⁹

- **2016 : la loi El Khomri**

En contrepoint et afin d'éviter le «blurring», c'est-à-dire la disparition de la frontière entre vie privée et vie professionnelle, la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, dite loi « Travail » (ou El Khomri) oblige les entreprises à garantir un **droit à la déconnexion** à leurs salariés.

Selon un sondage publié à l'été 2017 par selon l'IFOP³⁰, 78% des cadres, principaux concernés par le dispositif, consultent encore leurs communications professionnelles durant leur temps personnel. Pour 51% des salariés, avoir un outil numérique à sa disposition est facteur de stress. Or, qui dit stress, dit risque plus élevé de burn-out, de maladies cardiaques..., et paradoxalement, perte d'efficacité pour l'entreprise elle-même. Ce **droit à la déconnexion**, sanctuarisé par l'article 55 de la loi travail, prévoit l'obligation pour les entreprises de plus de 50 salariés de négocier avec les partenaires sociaux des *« dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, en vue d'assurer le respect des temps de repos et de congé, ainsi que de la vie personnelle et familiale ».*

²⁹ Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature. JORF du 12 février 2016

³⁰ IFOP : Institut français d'opinion publique : <https://www.ifop.com/>

« (...) A défaut d'accord, l'employeur élabore une **charte**, après avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel. Cette charte définit ces modalités de l'exercice du droit à la déconnexion et prévoit en outre la mise en œuvre, à destination des salariés et du personnel d'encadrement et de direction, d'actions de formation et de sensibilisation à un usage raisonnable des outils numériques ». ³¹

Dernièrement, la loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 reprend les grandes lignes de cette définition. Elle ratifie diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social. ³²

Elle apporte certaines modifications au code du travail, sur son article L. 1222-9 :

- « le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication » ;
- « le télétravail est mis en place dans le cadre d'un accord collectif ou, à défaut, dans le cadre d'une charte élaborée par l'employeur après avis du comité social et économique, s'il existe. ». ³³

- **2017 : l'ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017**

Un nouveau cadre juridique concernant le télétravail a été fixé et est entré en vigueur le 24 septembre 2017, au lendemain de la publication de l'ordonnance n°2017-1387 :

- Le télétravail peut être **régulier ou occasionnel**,
- Le télétravailleur a les **mêmes droits** que les salariés travaillant dans les locaux de l'entreprise,
- Sauf en cas de recours occasionnels, le télétravail est mis en place par accord collectif ou charte,
- Le refus d'accorder le bénéfice du télétravail à certains salariés doit être motivé. ³⁴

³¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. JORF du 9 août 2016

³² Loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social. JORF du 16 septembre 2017

³³ Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social, JORF du 31 mars 2018

³⁴ Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail : Titre III - Chapitre 1er : Favoriser le recours au télétravail. JORF du 23 septembre 2017

- **2018 : la ratification des ordonnances réformant le code du travail**

L'article L. 1222-9 du code du travail, modifié par la loi n°2018-217 du 29 mars 2018 précise ainsi que :

- « *L'employeur qui refuse d'accorder le bénéfice du télétravail à un salarié qui occupe un poste éligible à un mode d'organisation en télétravail dans les conditions prévues par accord collectif ou, à défaut, par la charte, motive sa réponse* ».
- « *L'accord collectif applicable ou, à défaut, la charte élaborée par l'employeur décline les **conditions de passage en télétravail**, en particulier en cas d'**épisode de pollution** mentionné à l'article L. 223-1 du code de l'environnement, et les conditions de retour à une exécution du contrat de travail sans télétravail* ».

Enfin, le code du travail intègre désormais la possibilité pour l'employeur d'imposer le télétravail en cas de circonstances exceptionnelles, notamment de **menace d'épidémie**, et **en cas de force majeure**.

En synthèse, les évolutions législatives récentes retiennent comme principes :

- **Le volontariat** : un employeur ne peut obliger un agent à l'adopter ;
- **La réversibilité** : sous réserve d'un délai de prévenance, la situation de télétravail est susceptible d'être interrompue à tout moment sur demande de l'agent ou de l'employeur ;
- **L'égalité de traitement** : le télétravailleur est un agent comme un autre. Ses droits et devoirs sont identiques à ceux de n'importe quel autre salarié ;
- **La compatibilité du poste** : placée sous l'appréciation du chef de service et de l'autorité hiérarchique ;
- **Le droit à la déconnexion** : les entreprises sont aussi tenues de former et sensibiliser leurs employés « à un usage raisonnable des outils numériques » ;
- **Le dialogue social et la négociation locale** : sur le thème du télétravail et de la QVT.

1.3.2 Les plus-values du télétravail

Selon une étude de l'ANACT (agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), les salariés s'estiment en général plus productifs en télétravail.

Or, la France est manifestement en retard dans le développement du télétravail. Il concerne, dans la fonction publique, moins de 2 % des agents contre 8 à 9 % dans le privé, et jusqu'à 30 % dans certains pays à économie comparable.

Les vertus du télétravail sont pourtant connues et reconnues, en particulier faciliter une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Actuellement, le management à distance connaît donc un essor considérable, puisque les estimations font état que 50 % des emplois seront « télétravaillables » à l'horizon 2030.³⁵

Le télétravail suscite en effet un engouement exceptionnel. « 58 % des salariés qui le pratiquent en sont très satisfaits », relève Anne-Sophie Godon, directrice du comptoir MM de la Nouvelle Entreprise de Malakoff Médéric, auteur de l'étude « *Regards croisés des salariés et des entreprises du privé sur le télétravail* ». « En ajoutant ceux qui se disent simplement satisfaits, on atteint une proportion de 90 %. Quant aux salariés qui ne pratiquent pas le télétravail, plus de 56 % aimeraient en bénéficier ».

Selon cette étude menée fin 2017 auprès de 1507 salariés et 401 entreprises, à la question posée aux dirigeants : « *quelles sont les raisons conduisant à ne pas mettre en place le télétravail dans votre entreprise ?* », les principales réponses obtenues sont :

1	« <i>Votre secteur ou vos métiers ne permettent pas ce type de travail à distance</i> »	89 %
2	« <i>La perte du lien social, d'esprit d'équipe, le risque d'isolement</i> »	17 %
3	« <i>Les difficultés à manager des collaborateurs à distance</i> »	12 %
4	« <i>La crainte d'un désengagement des télétravailleurs</i> »	5 %
...	...	

Il est intéressant de relever que 89 % des dirigeants interrogés pensent que « *leur secteur d'activité ou les métiers qu'ils managent ne permet pas l'usage du télétravail* ».

Idées en partie préconçues sur le télétravail ? Nous pouvons nous le demander, si nous mettons en perspective ces 89 % avec les estimations qu'un emploi sur 2 sera « télétravaillable » d'ici 20 ans.

A l'hôpital, les activités correspondant à une production des soins sont d'évidence exclues d'une délocalisation. Mais les autres ?

³⁵ Manager le travail à distance et le télétravail : Culture - Méthodes - Outils : Daniel Ollivier (Gereso Editions, 2017, 253p.)

Très loin derrière, à 17 %, et 5%, les réponses 2 et 4 sont les craintes de « *perte de lien social, d'isolement* », et de « *désengagement des télétravailleurs* ».

Il est notamment intéressant de relever que les « *difficultés à manager les collaborateurs à distance* » ne représentent une difficulté que pour 12% des dirigeants.

Alors, quels apports le télétravail est-il a priori susceptible de proposer de manière générale et pourquoi l'imaginer dans le champ d'activité des cadres de santé ?

En premier lieu, un avantage évident de gain d'économie de temps et d'argent sur les transports. Ce gain de temps peut être directement réinvesti dans le travail.

Une augmentation de la qualité de vie (qui implique une plus grande productivité au travail) est poursuivie, notamment par une meilleure conciliation vie personnelle / vie professionnelle, par des horaires de temps de travail plus souples, par un accroissement de l'autonomie et de la responsabilité.

Selon Nicole TURBE-SUETENS, « *la situation est telle dans les grandes métropoles qu'il s'agit ni plus ni moins d'un enjeu de santé publique* », « *la recherche est encore loin d'avoir délivré tous ses résultats quant à l'impact de mauvaises conditions de transport sur le stress et la fatigue des salariés* », « *il est plus que probable qu'en améliorant les conditions de travail, on limite à terme les phénomènes d'usure et on augmente le plaisir à rester actif* ». ³⁶

En second lieu, pour le DS en particulier, et l'institution en général, le télétravail présente des avantages substantiels. Il est possible de citer une augmentation de la flexibilité des cadres, une réduction de l'absentéisme et des retards (notamment en cas de bouchons, grèves, pandémies), une facilitation de l'intégration des salariés handicapés ou encore ayant des contraintes familiales importantes.

A un niveau plus stratégique, le télétravail est en mesure de se traduire par une réduction des frais généraux et des dépenses, une modernisation des processus de management, une participation au développement durable du fait d'un bilan carbone diminué. Enfin, dans l'idéal, une plus grande productivité est pressentie.

Sur son lieu de travail, le cadre de santé voit son activité quotidienne émaillée de discussions impromptues et digressions qui émaillent ses échanges professionnels.

Les objectifs stratégiques et opérationnels favorables à l'introduction du télétravail des cadres de santé sont nombreux et listés dans le tableau suivant³⁷ :

³⁶ TURBE-SUETENS N., janvier-février 2014, « Télétravail, codes et enjeux d'une organisation hors les murs », Travail et changement n°353, p.6

³⁷ RASSAT P., 2016, Mettre en œuvre le télétravail dans les organisations publiques, Ed. Territorial, 136 p

	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
1	Renforcer l'efficacité du service public & moderniser les méthodes de management	<ul style="list-style-type: none"> - Rationaliser les procédures - Encourager la dématérialisation des processus de travail et l'utilisation d'outils collaboratifs - Autonomiser et responsabiliser
2	Augmenter la productivité individuelle et collective	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la disponibilité et la concentration - Renforcer la motivation
3	Opérer une forme raisonnée de rationalisation des coûts	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les déplacements professionnels - Limiter les surfaces de bureaux et de parkings - Limiter les coûts de fonctionnement - Limiter les coûts liés aux jours de travail perdus (neige, grèves des transports, pandémie...) et à l'absentéisme
4	Motiver la personne / Réduire l'absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre à une demande sociale de certains salariés - Introduire un élément de motivation en réorganisant le travail - Offrir une solution complémentaire pour les agents les plus éloignés et/ou pour ceux rencontrant des difficultés d'accès aux transports
5	Utiliser le télétravail comme un outil de GRH	<ul style="list-style-type: none"> - Fidéliser les salariés - Faciliter le travail en cas de mutation du conjoint - Améliorer le pouvoir d'achat
6	Mettre en place les conditions d'activité en cas de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention de crises climatiques (neige, tempête...), pics de pollution, ... - Construire un plan d'action basé sur du télétravail en cas de crise pandémique
7	Contribuer à la mise en place d'une politique sociale exemplaire	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre une meilleure conciliation vie personnelle / vie professionnelle - Faciliter les temps partiels, l'accès au travail des personnes handicapées et des seniors
8	Conforter le bilan carbone de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter les trajets travail-domicile - Limiter certains trajets professionnels
9	Renforcer l'image de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Construire l'image d'un établissement soucieux et responsable en matière sociale, économique et environnementale

Selon l'éco-calculatrice ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie), au premier trimestre 2015, l'impact moyen du télétravail à raison de deux jours par semaine permet de dresser le tableau suivant :

Hypothèse d'un télétravail à 2 jours par semaine³⁸		
Distance économisée : Environ 4 700 Km	Gain en pouvoir d'achat : Environ 2 200 € / an	Emission carbone économisée : Environ 1350 Kg
Temps économisé : Environ 86 heures		Carburant économisé : Environ 527 litres

L'engagement des établissements de santé dans le développement durable fait partie du manuel de certification V 2010 de la HAS de janvier 2014³⁹ et traite notamment les critères suivants :

- Critère 1.b : engagement dans le développement durable
- Critère 2.d : dialogue social et implication des personnels
- Critère 3.c : santé et sécurité au travail
- Critère 3.d : qualité de vie au travail

1.3.3 Le télétravail : pour qui ?

Selon la loi Sauvadet, et le décret du 11 février 2016, le télétravail est aussi envisageable pour les **contractuels**.

Si l'article 3 du décret plafonne la quotité de travail ouverte au télétravail à trois jours par semaine, des **dérogations sont possibles**, à leur demande, pour les agents dont l'**état de santé** le justifie, après avis du médecin de prévention ou du médecin de travail.

La question d'une forme de discrimination positive peut se poser lorsque le télétravail permet de répondre à des problématiques positives.

Quatre cas sont à évoquer :

- Les supports de familles,
- Les seniors,

³⁸ Chiffres calculés sur la base de déplacement moyen du salarié français, soit 26km avec un temps de trajet moyen de 26 minutes en heures creuses et 32 minutes en heures pleines

³⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf#34

- Les personnes handicapées,
- Les agents en mi-temps thérapeutique.

Finalement, toute activité salariée exercée habituellement devant un ordinateur ou au téléphone est évidemment concernée par un exercice à domicile.

Jean-Marc PANFILI, dans un article paru en 2015 aborde l'idée d'une application aux cadres de santé et argumente :

*« En pratique, les CS sont légalement absents de l'hôpital environ 160 jours par an, ils ne sont pas exclus de la possibilité d'exercer à temps partiel. Contrairement aux personnels soignants, leur présence n'est pas requise au lit du patient. Ce premier constat permet d'atténuer le culte du présentéisme à leur égard ».*⁴⁰

Nicole TURBE-SUETENS souligne *« la force de certaines résistances pourrait, le cas échéant, se comprendre avec un télétravail équivalent à 4 jours par semaine. Mais il ne s'agit généralement que d'un jour ou deux ! ».*⁴¹

J-M PANFILI propose quelques modalités pour une mise en œuvre :

« En premier lieu, un cadre effectuant exclusivement une mission d'expertise transversale pourra consacrer un à deux jours par semaine en télétravail à une activité de veille, recherche, assimilation, rédaction et synthèse. »

« En second lieu, les CS responsables d'unités de soins sont généralement organisés en binômes. Ceci permet déjà d'assurer la suppléance du cadre d'une autre unité pendant son absence (maladie, formation, repos partiels, congés, etc.). Cette organisation (...) permettrait également de suppléer le CS qui se trouverait en télétravail une demi-journée ou un jour par semaine. »

Il conclut : *« Le cadre juridique permettant le télétravail dans la fonction publique hospitalière existe par la loi », « l'avènement de nouvelles technologies induit inmanquablement des nouvelles modalités d'organisation, notamment des activités d'encadrement ».*

⁴⁰ PANFILI J-M., février 2015, « Cadres de santé : pourquoi pas un recours partiel au télétravail », Objectif Soins & Management n°233, pp 23-26

⁴¹ TURBE-SUETENS N., janvier-février 2014, « Télétravail, codes et enjeux d'une organisation hors les murs », Travail et changement n°353, p.6

2 Une exploration conduite sur le terrain

Le télétravail est-il envisageable dans le champ professionnel des cadres de santé ?

Est-il compatible avec l'intérêt du service ?

Représente-t-il une menace ou une opportunité tant pour les cadres, tant pour la qualité de la prise en charge ?

Pour répondre à ce questionnement, notre réflexion nous a conduits à formuler la question suivante :

« Dans un contexte de contraintes budgétaires qui voit se développer des processus d'optimisation des organisations de travail et prévention des risques psychosociaux, en quoi le télétravail peut-il constituer pour le Directeur des Soins un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail des cadres de santé ? ».

Cette question centrale nous a amenés aux hypothèses suivantes, qui ont servi de fils conducteurs à notre travail :

- **« Le télétravail peut favoriser les conditions de travail des cadres de santé sans préjudice ni sur le fonctionnement des unités ni sur la qualité de prise en charge ».**

- **« Le GHT interroge le management délocalisé ».**

Un travail d'enquête de terrain a été nécessaire pour confronter ces hypothèses avec l'analyse des résultats de cette enquête.

2.1 La méthodologie de l'exploration

Dans cette partie, nous exposerons le travail de recherche mené pour tenter de répondre à la problématique et aux hypothèses énoncées.

Pour commencer, nous présenterons les terrains d'enquête. Ensuite, nous exposerons l'exploration conduite. Nous terminerons en présentant les points forts et limites de cette recherche.

2.1.1 Choix des terrains et de la population enquêtés

Dans le cadre de la formation de DS, nous avons réalisé deux stages de quatre semaines, Le premier, en février-mars, avait pour objectif « d’appréhender la fonction de DS ». ⁴² Le deuxième, situé en mai-juin, visait à « appréhender la dimension managériale du DS ». ⁴³ Durant ces deux stages, nous avons pu effectuer la majeure partie des entretiens exploratoires, principaux et de contrôle.

Les caractéristiques de ces deux établissements sont les suivantes :

	CH A	CHU B
Effectif	PM : 50 ETP PNM : 575 ETP 1 CGS 13 cadres de santé	PM : 842 ETP PNM : 8928 ETP 1 CGS - 4DS 25 CSS et 214 CS
Lits et places	MCO : 99 SSR : 43 USLD : 30 EHPAD : 291	MCO : 1653 SSR : 372 USLD : 460 EHPAD : 290 Soins de psychiatrie : 533

Nous avons conduit notre enquête principalement dans ces deux établissements, auprès des nombreux acteurs concernés, en premier lieu les cadres de santé.

Lors de l’étude conceptuelle et juridique, il est apparu que le télétravail et la QVT sont des enjeux de ressources humaines. Nous avons donc décidé d’interviewer des DH, des DRH, des DS pour évoquer avec eux les constats, les liens, les avantages et limites d’une politique de développement du télétravail appliquée aux cadres soignants.

D’un point de vue organisationnel et dans un contexte médico-économique, nous avons souhaité aussi questionner des responsables des systèmes d’informations.

Dans la mise en œuvre d’un tel projet, il nous a semblé intéressant de connaître l’avis du corps médical sur l’impact organisationnel dans les unités.

⁴² Programme de formation EHESP

⁴³ Ibid.

Enfin, sur le plan QVT, nous avons choisi de recueillir également l'avis d'un médecin du travail, d'un psychologue du travail, des partenaires sociaux.

La liste complète de cette population figure en annexe 2 : « Répartition des entretiens semi-directifs selon les établissements ».

Cette recherche sur ces deux lieux de stage, s'est enrichie des échanges avec la DS d'un troisième établissement public de santé.

En effet, au cours de nos lectures, nous avons pu découvrir qu'un CH de l'Est de la France s'est retrouvé en avance sur le déploiement du télétravail.

Nous avons donc décidé de solliciter la DS de ce CH pour agrémenteur notre analyse sur le retour pratique de leur expérience, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et obtenir sa position sur le télétravail pour le personnel d'encadrement.

Concernant le télétravail, si le CH A ne le pratique pas, en revanche, le CHU B l'a déjà mis en place depuis 2016 avec une expérimentation pilote sur 5 agents : 4 agents médico-administratifs (AMA) et une attachée d'administration.

Cette mise en place a représenté un plus dans le cadre de notre investigation, car il nous a été permis de rencontrer la cadre supérieure missionnée sur le déploiement du télétravail, ainsi que l'adjointe des cadres en charge du handicap, des conditions de travail et de la politique sociale.

2.1.2 Les outils utilisés

Le support technique ou guide d'entretien semi-directif a été préparé en fonction des quatre thèmes composant la question de recherche et nos hypothèses émises.

Le premier de ces quatre thèmes était destiné à connaître le lien estimé par les personnes interviewées entre QVT et RPS d'une part, et organisation du travail d'autre part.

La question était « *Pouvez-vous me parler des RPS ou de la QVT et de l'approche que vous en avez ?* », et les relances « *Faites-vous un lien entre QVT (et/ou RPS) et organisations du travail à l'hôpital ?* », « *Représentent-ils un enjeu à l'hôpital ?* » « *Votre regard sur la question ?* ».

Le deuxième thème centrait la réflexion sur les cadres de santé : « *Quelle vision avez-vous de leurs missions, de leur activité ?* » ; « *Les CS représentent-ils, à vos yeux, une profession exposée aux RPS ?* ».

La troisième question portait sur le télétravail, ses avantages, ses inconvénients : « *Que pensez-vous du télétravail dans le cadre de la QVT ?* » ; « *Ses avantages, ses inconvénients, les limites ou freins à son développement ?* » ; « *Avez-vous des retours d'expériences à relater ?* ».

Enfin la quatrième thématique cherchait à explorer l'opinion des interviewés sur une éventuelle adaptation du télétravail à la fonction de cadre de santé : « *Selon vous, le télétravail peut-il s'appliquer aux cadres de santé ?* » ; « *Représente-il une opportunité ? Quels sont, à vos yeux, les inconvénients ou limites éventuels ?* » ; « *Identifiez-vous des tâches qui pourraient être délocalisées ?* ».

Une question connexe « *Selon vous, le GHT a-t-il ou aura-t-il un impact sur le travail des CDS ?* » avait pour objectif, dans un esprit visionnaire mais aussi réflexif sur une délocalisation du management, d'explorer notre hypothèse n° 2.

Des questions plus individualisées ont été posées à certains.

Les responsables des systèmes d'information ont été interrogés sur les contraintes techniques, coûts d'installation.

2.1.3 Les points forts et limites de l'étude

Pour concevoir ce mémoire, nous nous sommes attachés à respecter la méthodologie d'un travail de recherche.

Nous avons eu à cœur d'interviewer un éventail d'acteurs diversifié et large : 2 DH, 2 DRH, 2 CGS, 2 DS, 2 CSS, 1 CSS en charge du télétravail, 6 CS, 2 responsables des systèmes d'informations, 3 chefs de pôles, 1 médecin du travail, 1 psychologue du travail, 1 organisation syndicale.

Mais nous n'avons investigué qu'un seul médecin du travail, qu'un seul psychologue, qu'une seule organisation syndicale.

Dès lors, nous sommes cependant conscients des limites qui ne permettent pas de donner un caractère général à l'analyse et d'en tirer des conclusions scientifiques.

Il nous paraît aussi que des avis de cadres ayant une expérience vécue du télétravail auraient enrichi cette analyse.

Par ailleurs, davantage de retours d'expérience de la part de directions d'établissement menant une politique managériale de télétravail des cadres de santé aurait également éclairé cette recherche.

Sur une durée limitée à cette année de formation, le choix des établissements enquêtés correspondant aux terrains de stage a été dicté par des objectifs en lien avec notre future prise de fonctions. Il n'est pas représentatif de l'ensemble des établissements de Santé. Nous ne prétendons pas généraliser les résultats.

Enfin, dans un contexte budgétaire contraint, si nous avons cherché à estimer les bénéfices du télétravail des cadres, une étude économique plus précise prenant en compte à la fois les coûts et les retours sur investissement, serait intéressante.

Les dépenses de matériel informatique d'une installation ont été chiffrées au cours d'un des entretiens conduits et figure par ailleurs dans ce présent mémoire, en revanche, la rentabilité économique globale du télétravail est plus complexe à mesurer.

2.2 L'analyse des résultats

2.2.1 Le télétravail : un levier reconnu de QVT

- **Des avantages nombreux à exploiter**

Au CH A, la DH déclare « ...c'est dans l'ère du temps. Le télétravail propose de combiner le besoin de proximité et le besoin de coopération tous azimuts ».

Le DSI y est « ...100 % favorable et a essayé de le déployer depuis 15 ans. On économiserait des bureaux et on gagnerait de l'argent : le télétravail est surtout développé à Paris, du fait d'un coût exorbitant de l'immobilier et représente une économie substantielle ».

Au CHU B, un chef de pôle dit : « J'ai un regard très positif sur le télétravail. Il retire d'une façon générale les comparaisons : " Il est parti avant midi : tu as vu il n'est pas là cet après-midi." C'est une manière de casser l'image du temps. La production ne se compte en heure de présence, le principal c'est qu'elle soit faite. Les gens brillants peuvent travailler plus vite ».

Le psychologue du travail : « On veut actuellement faire émerger une recherche paramédicale or est-ce que je vais trouver du temps pour la recherche ? Quand je fais de la recherche à titre personnel, j'aime beaucoup travailler à l'extérieur ».

Dans le livret d'information destiné aux professionnels du CHU, l'établissement B détaille l'essentiel du compte-qualité, les orientations 2017-2018 retenues pour la certification HAS. Un chapitre intitulé QVT et consacré à « la prévention des risques professionnels et en

particulier des RPS » comporte une rubrique sur « le développement de l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle (projet de télétravail en 2016 par exemple ».

Au cours de son entretien, le DRH confirme cette orientation : « *Nous avons été assez vite convaincus de son intérêt sans attendre d'avoir des explications. C'est un sujet assez innovant pour qu'on l'investisse, avec l'idée de commencer rapidement avec une vingtaine de télétravailleurs ».*

- **Des risques à prendre en compte**

Dans les risques cités par les interviewés nous retrouvons principalement :

- L'isolement,
- Une relation de confiance à construire,
- La crainte d'un empiètement sur la vie privée.

« *Le télétravail est un risque s'il rime avec **isolement**, mais il faut penser solutions informatiques : Skype, etc. ».* « *L'**éloignement** peut être risqué ».*

« *Le risque, c'est l'**isolement** par rapport à l'équipe et c'est rapporté par les agents eux-mêmes. Il y a aussi le risque de faire sauter la **coupe vie professionnelle / vie privée**. C'est avant tout lié à la personne ».*

« *La **confiance** est indispensable. Si ça ne marche pas, on s'en apercevra ».*

« *C'est un management par l'objectif : il faut faire **confiance** ».*

« *Il y a beaucoup de profils de gens accros au travail ».*

« *Quand on travaille à la maison, on a l'**impression de ne pas décrocher**. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas voulu de boîte mail à la maison ».*

2.2.2 Les cadres de santé : une population identifiée en tension

La question « *les CS représentent-ils pour vous une population exposée aux RPS ?* » fait l'objet d'une réponse quasi unanime.

Trois interviewés (deux chefs de pôle et un DRH) emploient la même expression : « *Ils sont **entre le marteau et l'enclume** ».*

Le DRH mentionne qu' « *il n'y a pas de **poste plus exposé aujourd'hui** » et fait état d'« *injonctions parfois contradictoires* », terme sur lequel il est rejoint par le délégué syndical : « *Les années de faisant fonction servent à savoir si vous êtes capable de gérer les **injonctions paradoxales** » ; « *ils sont un point charnière et sont confrontés à des **injonctions paradoxales génératrices de stress** » ; « *il y a une surcharge de travail, des interruptions de tâches, du **stress** en lien avec beaucoup trop de séquençage. Cela génère****

beaucoup de stress » ; « on a beaucoup de cadres en souffrance, ce qui se traduit par une recrudescence de l'usage de coaches pour pouvoir venir en aide aux cadres de proximité en difficulté. C'est une population de plus en plus en difficulté. C'est conjoncturel et c'est parce qu'ils sont à la charnière d'une machine qui a de plus en plus de mal à fonctionner ».

Le Coordonnateur Général des Soins du CHU B ajoute : « les CS sont dans une dynamique de projet permanente, ce qui occasionne de la surchauffe ».

Pour le chef de pôle 3, « ils font face à des injonctions contradictoires et ils sont tenus d'obéir ».

Le médecin du travail complète : « je ne connais pas les chiffres exacts, mais j'en veux pour preuve que l'année dernière, j'ai rédigé trois déclarations pour maladie imputable au service pour des cadres de santé ».

2.2.3 Le télétravail : une opportunité de QVT applicable à la fonction cadre ?

Plusieurs des interlocuteurs manifestent un étonnement sur le sujet du télétravail dans le champ d'activité du cadre et un début de questionnement :

« **Question très intéressante.** *Moi-même j'encadre. Se pose la question d'être présent ou pas présent et à quel point ».*

« **Cadre administratif, c'est bien. Cadre soignant : pourquoi pas ?** *Mais je ne vois pas trop ce qu'il peut faire à part travailler ses roulements. C'est un métier d'interface et de contact ».*

« **Je suis tout à fait favorable au télétravail. S'applique-t-il aux CS ?** *Je suis moins convaincu ».*

« **C'est une véritable interrogation.** *Qu'il y ait un espace de retrait oui. Mais dans ce cas il faut un relais ».*

Proposer le télétravail, avec la notion de distance dont il est porteur, dans le champ d'activité des cadres de santé réinterroge assurément sur le sens donné à la **proximité**.

La réflexion se porte ensuite sur l'importance de la régulation de cette proximité :

- **Une proximité à cultiver**

Pour les médecins chef de pôle, la présence en proximité du CS est essentielle :

« **Une journée d'absence par semaine, pourquoi pas.** *Plus me semble irréaliste ».*

Selon le chef de pôle 1 du CHU B, « **c'est un métier d'interface et de contact, avec des réponses en situations de crises.** *J'ai du mal à imaginer le télétravail dans cette idée ».*

Le chef de pôle 2 le rejoint : « *Comment un CS peut-il gérer une crise partielle à distance ? Ce n'est pas une bonne solution s'il n'y a pas de relation* ».

Le besoin de proximité est nécessaire aussi aux yeux du DRH : « *l'encadrement et le management **ont été retirés des candidats éligibles**, en partant du principe que les managers devaient être **présents** auprès de l'équipe : c'était un mauvais signal que d'afficher un **éloignement des managers** » ; « *je ne crois pas que le télétravail tel qu'il est au niveau législatif actuellement corresponde à la fonction cadre de santé et la **présence que cela requiert**. C'est pour cela que **je n'ai pas voulu** qu'ils soient dans la première itération* ».*

Les cadres interrogés manifestent des craintes similaires :

« *J'ai la peur de m'éloigner encore plus du terrain avec un travail de terrain déjà intense* ».

Le médecin du travail affiche une opinion légèrement plus nuancée : « *je ne dis pas que le cadre doit être là tout le temps, mais il faut pouvoir échanger avec lui sur le train-train quotidien. Son travail, c'est beaucoup de la régulation et pour la régulation il faut être présent* ».

Plusieurs acteurs mettent en avant une activité « occulte » du cadre de proximité :

« *Moi je déteste les glissements de tâches. Pour autant, ce n'est pas dégradant de vider la poubelle* ». Pour expliciter sa pensée, ce chef de pôle du CHU B donne l'exemple d'un néon en panne depuis une dizaine de jours et toujours pas changé : « *du fait de cloisonnements, l'huile dans les rouages disparaît. Cette fluidification des choses est du ressort du cadre* ».

« *Ce que je ressens chez les cadres, c'est un ras le bol d'être les bons à tout faire : "on n'est pas là pour les habilitations des internes, on n'est pas là pour les cartouches d'encre". Cela m'agace un peu. Les CS doivent être au courant de tout, mais il y a des choses moins nobles qui font tourner la boutique. Cela ne me choque pas qu'ils soient le premier interlocuteur* », reprend le DRH du CHU B.

Pour autant la permanence de la présence du cadre n'est pas retenue :

- **Une permanence impossible et non souhaitée**

La position de la directrice adjointe du CHU B diffère : « *On va dire que les CS doivent rester près de leurs unités. Mais ce sont des règles qui deviennent inapplicables. **La présence est à questionner**. On n'a pas encore réussi à être présent à plusieurs endroits. La présence tout le temps, ils ne vont pas y arriver* ».

L'avis du psychologue du travail va dans ce sens : « *se pose la question d'être présent ou pas présent et à quel point. Le fait d'être absent est intéressant car cela renvoie à une confiance envers le salarié* ».

Il ajoute : « *cela suppose que le collectif ne soit pas dans la demande de la présence du cadre* ».

De nombreux interviewés, au cours de l'entretien murissent leur réflexion et proposent des cas de figure dans lesquels le télétravail leur semble possible.

Les mêmes acteurs qui faisaient part de leur doute sur l'application du télétravail aux CS du fait d'une présence primordiale à leurs yeux pondèrent leur position initiale :

Le chef de pôle 1 du CHU B suggère : « *peut-on imaginer **un temps off** ? Peut-être. **Une journée par semaine**. Deux me semblent irréalistes. Et dans ce cas, **il faut un relais** : une infirmière de coordination ?* ».

LE DRH du CHU B propose : « *la notion de **forfait jour** me paraît envisageable avec des modalités à définir. Je pense à des modalités avec autorisations. (...) Une journée tous les 15 jours pourquoi pas ? Peut-être qu'on peut organiser des temps partiels avec plusieurs CS qui se succèdent, pour maintenir cette présence* ».

Au fil de la réflexion et des discours, des tâches pouvant être menées à distance sont nommées par la plupart des acteurs :

- **Des activités de managements délocalisables**

« *Elaborer des **roulements** cela peut se faire d'ailleurs* ».

« *Je ne vois pas ce qu'il peut faire, à part travailler ses **roulements*** ».

« *Oui pour les **projets**, pour **l'analyse**, un **compte de résultats**. Tout un tas de réflexions est possible, y compris **l'exercice d'évaluation des agents** : quel agent je dois voir ? Que dois-je lui faire passer comme message ?* ».

« *Des activités peuvent être faites en externe : la **rédaction de protocoles de soins ou d'hygiène** : ne serait-ce pas intéressant de faire vivre l'idée en dehors de l'unité ?* ».

« *Si on me dit que le rôle du cadre, c'est **gérer des roulements**, c'est faisable* ».

« *Les activités délocalisables selon moi ? Les **plannings**, les **projets**, la **formalisation*** ».

« *Le télétravail peut être une alternative aux **missions bureautiques** du cadre, à la **gestion de projet** et à **l'écriture*** ».

« *Pourquoi pas ? Si une fois par semaine, je pouvais faire "planiciel"⁴⁴ de chez moi* ».

« *Faire du **compteur planning** peut être fait de partout. La surveillance de compteurs, de statistiques, peut être faite de partout* ».

⁴⁴ Logiciel de planning

En synthèse les **activités délocalisables** citées sont nombreuses et diffèrent selon les acteurs :

- Elaboration de roulement,
- Gestion des plannings,
- Réunion en visioconférence,
- Rédaction de protocoles, etc.
- Analyse de résultats,
- Gestion de projet, ...

2.2.4 Les freins au développement du télétravail des cadres de santé

Les principaux freins relevés dans les entretiens sont organisationnels et culturels. Ils révèlent un attachement marqué à la présence physique du cadre :

« *C'est l'absence qui est problématique. Si vous rajoutez du télétravail, vous rajoutez du **temps d'absence** aux réunions déjà très prenantes* », estime le chef de pôle 3 du CHU B.
« *Deux jours par semaine, cela ne me semble pas possible du fait des reproches des équipes, car il serait absent sur ces deux jours. Je ne veux pas créer une fonction CS désincarnée. Le terme proximité veut dire **présence physique*** », ajoute le DRH.

Le chef de pôle 3 ajoute : « *si vous rajoutez du temps d'absence à celui des nombreuses réunions... **C'est l'absence qui est problématique**. Il y a un besoin de **réactivité** et une angoisse du vide de la part des équipes* ».

Cet attachement va même jusqu'à une certaine **résistance** liée au fait que l'effectivité du travail du CS est obligatoirement corrélée à sa **présence** dans l'**unité** ou dans les **soins** :
« *Je me suis opposé à la demande d'une cadre administrative : j'ai besoin d'une proximité* » ; « *en l'**absence** de la CS, une partie de son activité retombe sur le CSS* », rapporte ainsi un CSS du CHU B.

Le chef de pôle 1 se rappelle : « *j'ai été élevé dans le mandarinat, avec l'accueil du patient dans le service par le cadre. **Ils étaient dans la fonction soignante**. L'exécution y compris soignante était là. Quel cadre fait la visite, maintenant ?* ». « *Ils restent les animateurs et les coordinateurs des équipes soignantes mais on les a retirés d'un rapport avec les patients et la spécialité médicale. J'ai compris que cette compétence disparaissait et **c'est une évolution qui ne me semble pas bonne**. On va avoir une IDE de filière à la place* ».

2.2.5 Le télétravail pour les cadres de santé : une réflexion sur les avantages

Des opinions différentes se manifestent :

Selon la cadre supérieure missionnée sur le déploiement du télétravail dans le CHU B, « *actuellement ce sont des secrétaires médicales, ou bien des services informatiques qui expérimentent le télétravail. Pour ces personnes-là, ça fait gagner du temps, essentiellement du **temps de transports*** ». Pour elle, « *les **activités aux résultats** se prêtent très bien au télétravail : moins d'interruptions, meilleur rendement, et un gain dans les **temps des transports**...* ».

Le délégué de l'organisation syndicale objecte à son tour :

« *A l'heure actuelle, on parle beaucoup de **visio-conférence**. On la pratique beaucoup à l'hôpital. Pourquoi ne pas pouvoir y assister de chez soi ?* ». « *J'y vois un intérêt car il y a plus d'efficacité pour une qualité de **concentration**, et un gage de productivité* ».

Il continue : « ***Pourquoi les CS n'auraient-ils pas accès au télétravail ? Ils auraient accès à une qualité de travail suffisante. Au travail, ils sont enfermés dans un bureau avec des programmations de plannings à deux/trois mois et **interrompus** simultanément par d'autres sollicitations*** ».

Lutter contre les interruptions de tâches revient dans de nombreux discours :

Le chef de pôle 2 explique : « *on a besoin d'une **concentration** ; on n'interrompt pas une tâche en cours pour un avis ponctuel. Les gens qui frappent à la porte et qui dérangent, c'est **perturbant*** ».

La directrice du CH A mentionne : « *Le télétravail pourrait être possible à petite dose pour le personnel d'encadrement* ».

Un cadre du même établissement s'exprime : « *Le télétravail ? En étant cadre sur deux sites, si j'étais chez moi je ferais pareil. Chez moi ou à distance du site : à un moment donné, il y a du télétravail. Toute la limite, en lien avec un management : à un moment il faut se montrer ! Il faut sentir le moment où il faut y aller* ».

La directrice adjointe du CHU B va plus loin : « *je pense que le télétravail est tout à fait **adaptable à la fonction cadre soignant**. J'ai évolué sur le sujet. On va dire que les CS doivent rester près de leurs unités. Mais ce sont des règles qui deviennent inapplicables. Les CS ne sont pas des robots. Ils ne peuvent pas être dans des lieux multiples. Quand on lit, on voit qu'il y a des burn-out, des abandons de la fonction, des CS qui se réorientent*

vers des postes moins exposés. Il faut laisser à un moment le cerveau des cadres se reposer, avec une **distance de temps et d'espace** ».

En synthèse les plus-values mentionnées pour les CS sont en rapport avec :

- Une amélioration de l'environnement, une meilleure concentration
- La réduction des interruptions et du travail empêché
- Une distance de temps et d'espace favorable à la récupération
- La réduction des temps de déplacements

2.2.6 Le GHT : un impact encore mal perçu sur la fonction cadre

Le GHT modifie les organisations et la prise en charge dans une logique de parcours.

Si des modifications sont citées, elles concernent les temps médicaux partagés essentiellement.

Le médecin du travail « **imagine qu'il y aura un impact pour les CS** ».

Le DRH du CHU B estime : « **un impact sur le travail des médecins, c'est certain. Aujourd'hui, c'est moins vrai sur les soignants et les CS mais cela va sans doute venir** ».

Le chef de pôle 3 donne sa position : « **La gestion de parcours patient au sein du GHT, ce n'est pas le rôle du cadre de proximité. Il faut une cellule dédiée pour cela** ».

Pour l'organisation syndicale, « **Ça va tellement vite. Aujourd'hui, il y a des professionnels médicaux à cheval sur plusieurs sites. Cela pourrait venir pour les paramédicaux, en particulier pour les infirmières en pratiques avancées. Le contexte du GHT impacte les parcours de soins. Il n'est pas impossible qu'il pourrait y avoir des cadres à la supervision d'un parcours complet de la chaîne de soins, à l'échelle du GHT** ».

La directrice du CH A perçoit l'intérêt du télétravail : « **Avec le GHT, on va être de moins en moins attaché à un lieu. Le télétravail propose de combiner le besoin de proximité et le besoin de coopération tous azimuts** ».

Celle du CHU B envisage les réunions à l'échelle territoriale pour les cadres : « **Inévitablement, il va y avoir un tas de réunions de coopération pour les cadres** ».

L'avenir des organisations soignantes et de management reste encore flou dans les esprits.

3 Opportunités, points de vigilance et préconisations

3.1 Les opportunités offertes pour la politique managériale du DS

3.1.1 Un levier pour l'autodétermination et l'autonomie

En tant que « manager de managers », le DS se doit de mettre l'encadrement de proximité au cœur de l'activité : régulation, sens du travail, articulation de la qualité des soins avec la QVT en dégagant des intérêts communs, en redonnant du temps aux soins et à la concertation.

« Il est question de l'autonomie de la personne qui décide de son organisation personnelle : c'est très important. On sait que l'autonomie, c'est le précurseur de l'intégration interne. Cela joue sur le niveau de motivation et de satisfaction. Il faut que la personne soit en situation de liberté pour s'identifier à son travail ».

Ces propos du psychologue du travail du CHU B nous permettent d'aborder la théorie de l'autodétermination de DECI et RYAN.

Deci et Ryan, selon leur modèle de 2002, postulent l'existence de trois besoins psychologiques basiques qui, dans le cadre d'un environnement favorable à leur épanouissement, permettent à l'individu d'atteindre un optimal à la fois en termes d'expérience comportementale, de développement personnel et d'expérience dans des situations spécifiques :

- **Le besoin de compétence** fait référence à la sensation que peut éprouver l'individu lorsqu'il interagit efficacement avec son environnement et lorsqu'il a l'occasion d'utiliser ses capacités.
- **Le besoin de relation sociale** est lié au fait de se sentir connecté aux autres, d'être attentif à autrui et d'avoir un sentiment d'appartenance à la fois aux autres individus mais aussi à des communautés de personnes.
- **Le besoin d'autodétermination** fait référence au fait d'être à l'origine de son propre comportement.

L'autonomie est directement liée au fait d'agir soit par intérêt pour l'activité, soit en vertu des valeurs auxquelles l'individu adhère. Quand ils sont autonomes, les individus voient leur comportement comme une expression de soi, et ce, même quand les actions sont influencées par des sources extérieures.

Cette théorie de l'autodétermination figure parmi les modèles scientifiques les plus robustes pour mesurer la satisfaction au travail.

Elle renvoie à la personne, par un feedback sur un engagement autonome et sur l'intérêt au travail.

De fait, le DS doit s'appuyer sur une politique visant à favoriser l'autonomie des cadres, décristalliser les postures managériales, amener des pistes de réflexions.

L'objectif démontré n'est pas la production ou la productivité mais dans un management bienveillant de se demander et de demander au salarié ce dont il a besoin.

La synthèse proposée par cette théorie cherche, par un regard pluridisciplinaire, à offrir des pistes sur les défis managériaux à venir :

- **Etablir une visée stratégique sur la coopération** en explicitant le projet et développant un leadership fédérateur auprès de tous les acteurs ;
- **Favoriser un style de management plus horizontal** par la mise en place d'environnements sécurisants ;
- **Adapter la conduite du changement au contexte et à la maturité des acteurs** en tenant compte des cultures professionnelles existantes et de l'historique des relations professionnelles ;
- **Jouer sur l'innovation organisationnelle locale** et expérimenter des formes flexibles et transversales d'organisation sur le terrain.

3.1.2 Un outil moderne et innovant

- **Une solution pour l'intégration ou la réintégration**

Le télétravail est en mesure d'offrir des solutions en cas de handicap ou maladie, retour de maladie, mi-temps thérapeutique...

Non seulement il peut être un moyen de baisser l'absentéisme et faciliter le retour à l'emploi après des arrêts de longue durée, mais il représente un levier d'intégration pour des personnels dans des situations particulières.

Dans le CHU B, pour faciliter l'intégration des agents bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), « *on travaille avec un ergonome* », confie l'adjointe des cadres responsables des conditions de travail et de la politique sociale et référente handicap.

- **Un facteur d'attractivité**

Dans un contexte de difficulté de recrutement ou de fidélisation soit pour un secteur d'activité, soit pour une région, proposer des conditions de travail intéressantes peut se révéler un facteur d'attractivité. Ce que notifie une CSS du CHU B : « *On m'avait dit au début que ce n'était pas adapté aux cadres, mais cela évolue. Il y a une flexibilité dans la réglementation et cela peut constituer un **facteur d'attractivité** pour un établissement* ».

- **Un levier pour le changement**

L'hôpital est un monde en constante mutation.

Promouvoir le télétravail pour les CS pourrait constituer un levier pour le changement des organisations.

« *Pour le cadre, délocaliser sa pratique peut constituer un **levier de management** très intéressant* », relate le psychologue du travail.

Il peut aussi constituer un exemple à suivre pour la mise en place du télétravail pour d'autres catégories professionnelles.

3.2 Les points de vigilance

3.2.1 Identifier les bons profils

L'attention doit être portée sur la porosité entre vie professionnelle et vie personnelle. Selon le médecin du travail du CHU B : « *Il y a un risque de faire sauter la coupe vie professionnelle et vie privée* » ; « *il y a **beaucoup de profils de gens accros au travail** dans les postes d'encadrement : ils ne sauront pas poser leur téléphone c'est une certitude* » ; « *c'est avant tout lié à la personne* » ; « *le télétravail ne doit pas être orienté sur ces agents* » ; « ***il faut le bon candidat : s'il ne sait pas mettre de limites, c'est un risque, surtout à l'hôpital, où il y a toujours un problème à régler*** ».

Les deux cadres supérieurs du CHU B se rejoignent : « *le télétravail n'est pas adapté à une **prise de fonction*** », ce que souligne le DRH B, pour lequel l'encadrement des cadres débutants représente un enjeu de lutte contre les RPS.

La CSS en mission transversale sur le télétravail dans le CHU B mentionne : « *il faut être attentif à la **cohésion de groupe*** » ; « *attention à ne pas **isoler le télétravailleur** qui peut devenir un **électron libre** avec tout ce que cela peut engendrer* ».

Le Directeur des systèmes numériques qui exploite lui aussi le télétravail pour certains membres de son équipe mentionne un autre profil : « *Il y a une **volonté de s'isoler des autres de la part de certains. Un moyen d'échapper au travail d'équipe** ou aussi un **mal-être au travail**. On les a **déTECTÉS** facilement : par exemple, ils habitent très près en ville et demandent malgré tout à télétravailler* ».

Au regard des projets individuels, repérer les CS à risque sur le lieu de travail permet de pallier le risque de désengagement, de les dissuader d'une activité à distance.

De même, exclure les nouveaux arrivants en déterminant une durée minimum de présence physique dans l'unité avant d'être éligible au télétravail : ce dernier ne doit pas être l'occasion de faire travailler plus longtemps un ou une cadre qui ne parvient pas à mettre de limite à son temps de travail.

3.2.2 Gérer les risques techniques et étudier l'impact économique

En 2015, l'établissement C avait été précurseur dans la mise en place du télétravail et s'était heurté à des problèmes techniques.

La DS rapporte : « *L'idée du télétravail a été abordée il y a quelques années. C'est surtout la DRH qui a souhaité expérimenter la démarche. Elle a mis en place des essais avec les secrétaires des consultations notamment pour des **agents volontaires** ou avec des contraintes de santé par exemple, pour faciliter le maintien dans l'emploi. Peu d'agents ont continué. Aujourd'hui, les candidats se comptent sur les doigts d'une main.*

*C'était, d'une part, **trop coûteux en outil et installation** du poste de travail au domicile (contraintes réglementaires) car trop de cadres concernés... Et nous avons eu pas mal de **problèmes d'outils informatiques, de réseau**.*

*Avec cette expérience, je n'ai pas d'avis tranché mais plutôt réservé en lien avec les **problèmes de contraintes matérielles et organisationnelles** ».*

Mais en quelques années, les avancées techniques et législatives ont semble-t-il changé la donne.

Selon le directeur des services numériques du CHU B, aujourd'hui « *la question n'est plus technique mais de ressources humaines. Il y a une forte demande. Ici, j'ai une équipe de 120 personnes : j'ai plus de demandes que de postes disponibles. Nous sommes parfois obligés de refuser, de différer. Nous fournissons un "package", une offre de travail avec l'assistance qui va avec* ».

Il détaille :

- La vérification de la qualité de la ligne : « *la contrainte technique, c'est d'avoir la fibre optique ou l'ADSL à domicile. Nous vérifions ensuite la qualité de la ligne* ».
- La sécurisation : « *le sujet technique est bien maîtrisé : la sécurisation est faite par les outils du CHU. Il faut insérer la carte H, saisir le code PIN⁴⁵ et on a déjà l'essentiel. Le cryptage des données est assuré par l'ouverture d'un VPN⁴⁶* ».
- La fourniture du matériel : « *C'est l'hôpital qui fournit tout. Un poste de travail avec une station d'accueil : un ordinateur portable configuré. Comme cela, il n'y a pas de changement d'environnement de travail* ».

Sur un point de vue budgétaire :

- « **L'abonnement Internet** reste à la **charge de l'employé** ».
- « *Le coût est lié à la fourniture de la station d'accueil. Avec un ordinateur portable, nous sommes dans la tranche haute avec 1200-1500 € pour l'ordinateur puis le coût des logiciels* ».
- « *Le service est un forfait annuel et est identique à un travail à l'hôpital, à savoir 100-150 € par an* ».
- « *J'estime le **surcoût du poste de télétravail** dans une fourchette de **600 à 800 €**. On me challenge davantage sur le frein au télétravail que sur le coût : à mon avis, **le rendement, la productivité peuvent largement contrebalancer les coûts initiaux*** ».
- « *Au CHU, **on peut désormais venir avec sa tablette personnelle** et c'est même plutôt bien vu. C'est souvent le cas des internes. 1200 personnes environ viennent avec leur appareil perso : smartphone, tablette, phablettes...* ».
- « **L'avenir** sera sans doute de sécuriser les postes de travail personnels et non plus de fournir une station ».

La taille de l'établissement constitue-t-elle un frein au déploiement du télétravail ? Ou bien encore une situation budgétaire tendue ?

Ces deux questions n'étaient pas notre recherche mais elles peuvent se poser au regard des propos recueillis.

Dans le CH A, le DRH explique : « *dans notre établissement, je ne vois pas qui pourrait être concerné. Les seules tâches : rédaction de comptes rendus par les secrétaires. C'est hyper ponctuel. Après, il y a les obstacles financiers, matériels, sécuritaires...* ».

⁴⁵ Un code PIN (*Personal Identification Number*) est un code comportant au moins 4 chiffres

⁴⁶ VPN est l'abréviation anglaise de « *Virtual Private Network* ». Sa traduction en français : « *Réseau Privé Virtuel* ».

Dans le même établissement, un des cadres interviewés relève : « *on pourrait travailler à domicile, mais il manque d'outils techniques. Pour ma part, j'avais fait une demande individuelle pour du télétravail sur une demi-journée ponctuelle il y a deux ans : cela avait été très compliqué* ».

3.2.3 Respecter les contraintes règlementaires

La DS du CH C donne une troisième explication à l'échec de l'expérimentation tentée :

« *La direction de soins de l'époque avait réfléchi vers 2015 à essayer du télétravail avec les cadres pour assurer le temps de travail réglementaire en complément de remplacements de nuits. Nous étions en pénurie de cadres pour les nuits. C'était pour leur éviter de venir travailler sur place le samedi. Mais les cadres **n'ont pas vraiment adhéré au projet** et d'autres solutions ont été trouvées sur la permanence de l'encadrement* ».

Pour rappel, la jurisprudence confère au télétravail un caractère uniquement **volontaire**.

La loi Sauvadet décrit : « *L'exercice des fonctions en télétravail est accordé à la **demande du fonctionnaire** et après accord du chef de service* ».

Au-delà de la législation, imposer un mode de fonctionnement rend délicate l'adhésion.

Or, pour reprendre le constat du psychologue du travail : « *Pour que ça se passe bien, il faut un management bienveillant, ne pas viser la production, la productivité. Amener des pistes de réflexions et décrystalliser les postures managériale* ».

3.3 Les préconisations pour le déploiement du télétravail des CS

La politique managériale du directeur des soins s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de la politique du management. A partir des orientations stratégiques partagées, elle se décline au sein des différents projets constituant le projet d'établissement. Elle engage la direction générale, le directoire, la communauté médicale, l'équipe de direction (en particulier direction des ressources humaines et direction qualité/gestion des risques) et l'ensemble des professionnels.

A travers notre enquête, différents axes ressortent pour favoriser une mise en place réussie du télétravail pour les cadres de santé :

- Rendre lisible le projet managérial,

- Actualiser et renforcer les outils existants,
- Réguler le fonctionnement de l'unité en l'absence du cadre,
- S'appuyer sur l'innovation,
- Expérimenter et évaluer.

A travers les besoins exprimés en termes de référence de repères, de visibilité, de réactivité des échanges avec le cadre de santé en lien avec son activité de proximité, il convient dans un premier temps d'organiser, de clarifier les missions et les activités en favorisant la responsabilité des acteurs.

La politique managériale est portée par la rédaction du projet managérial qui permet, entre autres, de poser l'organisation de la direction des soins.

Nos préconisations sont les suivantes :

3.3.1 Le projet managérial comme pierre angulaire de la politique du DS

C. de SINGLY préconisait dans son rapport de « *définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement et les circuits de décisions* ». De même, elle proposait de « *rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement* ».

L'intégration du projet managérial au projet d'établissement au même titre que le projet médical et de soin, donne une cohérence à l'ensemble des outils de décisions stratégiques au sein d'un établissement.

Le projet de management fait l'objet d'une démarche d'élaboration participative, associant les différentes parties prenantes dans un ou plusieurs groupes de travail, avec la collaboration des directions fonctionnelles en général, de la DRH en particulier, et du corps médical.

Il permet d'associer et impliquer les professionnels, de se préoccuper de leur quotidien et de leur qualité de vie au travail.

Il précise la place et le rôle de chacun, il initie la redéfinition des profils de postes et met en exergue les missions et les activités des cadres.

Sa construction fait l'objet d'un suivi en réunion d'encadrement et en comité de direction.

A l'issue de sa rédaction, il est présenté aux instances : Directoire, CME, CSIRMT, CTE, CHSCT. Ces présentations permettent d'afficher les attendus de la Direction des Soins.

Parmi les thèmes traités, nous y retrouverons :

- La valorisation de l'attractivité de l'établissement,
- Le développement durable comme objectif transversal,
- La promotion de l'innovation dans les organisations de travail,
- La **promotion du télétravail** comme vecteur moderne et/ou innovant de renforcement de la politique de prévention des risques professionnels et de QVT...

3.3.2 L'actualisation et le renforcement des outils existants

Ces outils sont connus. Ils constituent le socle de la prévention et du suivi des salariés et doivent comprendre des volets ciblés sur l'organisation du télétravail et du télétravailleur :

- **Le DUERP**

La prévention des risques professionnels faisait l'objet, depuis 2014, d'un volet consacré aux risques psychosociaux (RPS) formalisé au sein des documents institutionnels validés et actualisés, parmi lesquels le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

Le DUERP est réalisé et mis à jour annuellement par chaque chef de service, chef d'établissement, ou autorité territoriale. Il répertorie l'ensemble des risques professionnels (dont les RPS) auxquels sont exposés les agents, afin d'organiser la prévention.

- **La visite médicale**

Au cours de sa carrière, un agent hospitalier passe régulièrement des examens médicaux d'aptitude, auprès du médecin du travail, pour vérifier la compatibilité de son état de santé avec son poste d'affectation. Ces examens sont destinés à vérifier la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste auquel il est affecté.

Le médecin du travail définit la fréquence et la nature des visites médicales. Il est le conseiller de l'employeur et des employés, notamment sur :

- L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise,
- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail,
- La construction ou les aménagements nouveaux,
- Les modifications apportées aux équipements.

Dans le CHU B, le médecin de travail est attentif : « *le risque, c'est l'isolement par rapport à l'équipe et c'est rapporté par les agents eux-mêmes. Dans le cadre d'un **suivi des télétravailleurs demandé par la Direction, une visite annuelle est organisée*** ».

- **L'entretien annuel d'évaluation et de formation**

L'entretien annuel d'évaluation et de formation est un moment important car il donne un cadre, une direction. Il permet de :

- Faire un bilan de l'année écoulée,
- Evaluer les compétences du salarié,
- Définir les objectifs de l'année à venir.

Il permet de lister les principales réussites et les difficultés rencontrées, de cibler des formations potentielles, de définir les projets professionnels à court et moyen terme, dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

Adossée au projet d'établissement, la GPMC concilie les intérêts individuels et collectifs en favorisant le développement des compétences. Si le volet collectif définit des règles et moyens facilitant l'ajustement des effectifs, et anticipe l'adéquation entre besoins et ressources sur un plan qualitatif et quantitatif, le volet individuel vise, lui, à promouvoir de manière anticipée le développement des capacités d'évolution de chaque salarié, dans le cadre de son parcours professionnel, par la formation.

- **La formation**

La mise en place du télétravail doit reposer sur une véritable stratégie de formation.

Sur un axe opérationnel, « *une session de formation obligatoire au début pour tous les télétravailleurs avant de commencer* » est nécessaire, comme l'explique la CSS chargée de mission sur le sujet dans le CHU B.

Au-delà de la formation des employés à distance, le psychologue du travail souligne que le télétravail demande certaines qualités : « *Il faut les compétences qui vont avec et donc un accompagnement pour développer un sentiment de **compétence*** ».

De fait, au niveau managérial, la formation doit se compléter d'une « *autre formation concernant la conduite de projet sur le télétravail à destination des directeurs et CS* ».

Le travail délocalisé ouvre même de nouvelles perspectives qu'il convient d'explorer : « *Le télétravail pourrait représenter une grosse évolution dans les formations à l'instar de l'**e-learning** à domicile. Cela va arriver certainement...* ».

Ces quatre outils sont la base de la prévention et du suivi d'un télétravailleur.

Toutefois, leur organisation est lourde et entre deux visites médicales ou deux entretiens annuels, il ne se passe pas grand-chose.

Les compléter peut s'avérer utile.

L'organisation de points opérationnels plus courts et réguliers, en lien avec le CS en télétravail, est à recommander. Ils permettront un bilan de ce qui est fait et une estimation de ce qu'il reste à faire afin de considérer la question à la fois de la charge de travail, à la fois de son adaptation à son nouveau mode d'organisation.

En effet, un CS en difficulté partage-t-il facilement son malaise et si oui avec qui, a fortiori lorsqu'une partie de son activité est à distance ?

Il s'agit donc de formaliser ce qui se fait souvent de manière libre entre un manager et un collaborateur. Cette officialisation est importante parce que c'est une manière de valoriser le collaborateur : ne pas donner le sentiment de discuter entre deux portes, mais prendre la question de la charge de travail et des modalités d'organisation au sérieux.

3.3.3 Réguler le fonctionnement des unités de soins en absence du cadre

Le bon fonctionnement d'une unité de soin fait appel à une notion de **réactivité** indispensable et de plus en plus effective : turn-over plus important des patients, mais aussi des professionnels, gestion de matériels dont la technologie se complexifie et qui repose souvent sur le cadre.

Cette réactivité est indispensable et soulignée dans les entretiens menés.

Le besoin de réponses rapides fluidifie la bonne marche de l'unité et contribue à une prise en charge satisfaisante.

Au cœur de l'unité, et avec la connaissance des organisations, le CS est l'interlocuteur privilégié.

Pourtant il ne s'agit pas d'une profession tenue à la permanence de présence. « *Ils ne peuvent pas être partout* », souligne la DH du CHU B. « *Les équipes sont parfois dans une sur-sollicitation du cadre* », complète l'organisation syndicale.

Une CSS donne son point de vue : « *la fonction cadre a évolué avec d'autres missions avec une distance aux soins. Il y a un **travail à faire sur le cadre**, sa posture, ses **missions**. Au niveau national, on n'a peut-être pas été assez **clair** sur ce qu'est être cadre* ».

- **Clarifier les missions du cadre de santé**

Les missions du cadre de santé méritent sans doute d'être clarifiées à l'hôpital.

Et le répertoire des métiers permet de les lister (cf. la fiche métier du répertoire des métiers en annexe) :

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

Le rôle de « *pompier de service* » décrit par un des chefs de pôle, qui contribue à « *l'huile dans les rouages, la fluidification des choses* », est important, et s'assurer de la fluidité de la prise en charge reste un enjeu à prendre en considération.

Mais cette fluidité de la prise en charge et le bon fonctionnement de l'unité n'équivalent cependant pas à une « permanence » du cadre de proximité.

Des axes de travail se dégagent :

- **Renforcer l'autonomie des équipes**

Pour répondre aux exigences de fonctionnement de l'unité et réfléchir à la réactivité qu'elles sous-tendent, travailler sur l'autonomisation des équipes est à même d'apporter des éléments de réponses.

Le psychologue du travail abonde en ce sens : « *Le fait d'être absent peut être intéressant car il renvoie à une confiance envers le salarié. C'est très **responsabilisant** pour les équipes* ». « *Quand les solutions de l'unité doivent passer par le CS, le télétravail est difficilement envisageable. En revanche, si on monte en **autonomie** l'équipe, cela devient un levier* ».

L'objectif poursuivi est la montée en compétence des équipes, en organisant au sein des unités des espaces d'autonomie et d'initiatives pour maximiser l'organisation du travail quand le cadre est absent (réunion, congés, etc...) ou quand il est en activité distante, et donc joignable.

La délégation permet en outre de valoriser le travail d'encadrement.

La nomination de personnes ressources, facilement identifiées, est de nature à responsabiliser les personnes nommées.

- **Organiser des binômes CS pour pallier les absences de CS en général et favoriser le télétravail en particulier**

Pour assurer une continuité des missions propres au cadre, une organisation en binôme permet de pallier les absences du cadre, quelles qu'elles soient.

Cette organisation est sécurisante :

- Pour les équipes médico-soignantes
- Pour la gestion de situations complexes
- Pour un accès rapide à une expertise managériale de proximité

Ce fonctionnement en binôme n'est pas rare.

Dans le cadre du télétravail, il convient de le promouvoir.

Il conviendra de cartographier les activités des deux membres du binôme, avec des missions partagées clairement identifiées, avec aussi une définition et une répartition des tâches.

3.3.4 L'innovation au service d'une mise en place réussie du télétravail

- **Délimiter des espaces collaboratifs d'entraide et de feedback**
 - Le co-working

De nombreux propos en faveur d'une proximité du cadre de santé, tout en proposant des moments de retrait et trois interviewés y font mention dans leur propos : « *qu'il y ait un espace de retrait, oui. Mais à domicile, ça fait peut-être un peu loin* ».

Très novateur, le co-working est mis en avant dans plusieurs des entretiens menés. Il représente une perspective intéressante qui mérite d'être étudiée.

Qu'est-ce que le co-working ? Il s'agit d'un type d'organisation du travail qui regroupe deux notions : un **espace de travail partagé**, mais aussi un **réseau** de travailleurs **encourageant l'échange et l'ouverture**.

L'idée à l'origine est de permettre aux travailleurs indépendants de ne pas rester isolés chez eux et de pouvoir trouver, dans ce lieu et à travers ce réseau, un espace de socialisation propre à l'entreprise. Les promoteurs de ces lieux ont pour référence mythique les cafés de la Mitteleuropa et de Saint-Germain-des-Prés où artistes, écrivains et

intellectuels étaient censés se retrouver autour d'un café ou un verre, dans un mélange créatif entre travail et convivialité.

Le travail collaboratif et en réseau est un mouvement de fond porté par l'expansion des nouvelles technologies. Cette nouvelle forme de travail remet fondamentalement en question les anciennes théories pyramidales du travail. Aujourd'hui, le travail se fait en réseau par une agrégation ponctuelle de compétences se formant et se reformant selon les projets, plus rapide et flexible que les structures très hiérarchisées des entreprises.

Le réseau peut également prendre une autre forme :

- Les plateformes dématérialisées

« *Le télétravail est un risque s'il rime avec isolement. Mais il faut penser solutions informatiques : Skype, etc...* », suggère le psychologue du travail.

Le rapport Couty préconise aussi l'usage d'**espaces de concertation, d'information et de dialogue** (...) en préservant la **souplesse nécessaire** à leur fonctionnement.

Différemment des espaces physiques de co-working, et pour tenir compte des distances entre les collaborateurs (contexte de sites éclatés, ou du GHT), il est possible aussi d'imaginer la mise en place de plateformes collaboratives dématérialisées utilisant plus encore les outils de communications interactifs SMS, etc...

Christophe VAN DER LINDE, enseignant-chercheur à l'institut du management écrit : « *sur le modèle ATAWAD (Any Time, Any Where, Any Device) la communication doit impérativement être centrée sur l'usage et l'interaction des mobiles* » pour un usage « mobile first ». « *L'animation des professionnels de santé doit être priorisée* ». « *Chaque professionnel de santé devient un follower actif (...) et peut aussi être cocréateur du contenu souhaité qui sera ainsi échangé, enrichi, et augmenté de manière transversale* ». « *Avec l'émergence des réseaux et des communautés, les professionnels de santé adhèrent à des communautés créées à l'occasion et connectées sur des plateformes collaboratives* ». ⁴⁷

Avec l'avènement du mobile, le SMS est entré dans les mœurs. En établissement de santé, il est aujourd'hui utilisé en cas de rappel en situation sanitaire exceptionnelle (plan blanc...), il sert aussi à présent pour les prises ou les rappels de rendez-vous des patients.

⁴⁷ Cours sur la communication et gestion de crise, EHESP, 27 août 2018

Le SMS et son mode asynchrone est un outil de communication intermédiaire et complémentaire au téléphone et à l'email, il offre une souplesse d'utilisation intermédiaire et facilite les échanges.

Pour conduire sa stratégie de communication dans le cadre du télétravail, le DS a tout intérêt à mettre en place ce mode de communication réactif et propice aux échanges collaboratifs.

3.3.5 Expérimenter et évaluer

Les trois leviers que sont l'expérimentation, le benchmarking, les retours d'expérience sont de nature à concourir à la réussite de la mise en place du télétravail pour les CS.

« *Expérimenter et innover pour mieux soigner* »⁴⁸ et améliorer la qualité est devenu un slogan du Ministère des Solidarités et de la Santé, à travers la publicité faite à l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Les dispositifs visant à accompagner les actions innovantes en matière d'amélioration des conditions de travail se déclinent au niveau national et régional via, entre autres, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ou encore les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

S'appuyer sur ce soutien à l'expérimentation et l'innovation, ou plus modestement s'en inspirer, facilitera la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles et technologies ayant un impact sur les organisations et la qualité des soins.

Initialement développé dans le domaine du risque industriel et technologique, le retour d'expérience (RETEX) est souvent assimilé à un « débriefing » au décours d'une situation de crise.

L'hôpital, dans le cadre de l'amélioration de la sécurité des soins, s'est emparé de cette méthode d'investigation des causes des événements indésirables, avec la mise en place de CREX (comités de retour d'expérience).

Le RETEX est une démarche d'analyse a posteriori qui se fonde sur l'analyse des informations collectées dans les aspects techniques, humains, organisationnels ainsi que sur la capitalisation des expériences individuelles en expérience collective.

Il permet de tirer des enseignements positifs et négatifs d'une expérience afin de promouvoir des perspectives de prévention et d'amélioration.

⁴⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/>

Les organisations doivent constamment ou tout au moins régulièrement évoluer pour s'adapter aux changements, et éventuellement améliorer leur réactivité, la qualité de leurs produits et services, leur capacité à être innovante et leur gestion des savoirs et savoir-faire internes.

L'organisation de RETEX lors des réunions d'encadrement pourra permettre non seulement d'analyser les expérimentations menées, mais aussi d'envisager des réajustements, des améliorations, et encore de promouvoir le télétravail auprès de l'encadrement.

En outre, de tels échanges sont de nature à moderniser et animer des réunions de cadres au cours desquelles la communication est basée souvent sur de l'information descendante.

Enfin, les deux établissements A et B appartiennent au même GHT.

Le projet de soins partagé, élaboré dans le cadre du projet médico-soignant partagé, propose des actions concrètes à mettre en œuvre.

L'objectif d'une de ces actions est « **d'adapter le management aux enjeux du changement** ».

Dans la déclinaison de cette action, nous pouvons, entre autres, lire :

- « Favoriser les **échanges d'expérience** »,
- « Favoriser l'évolution vers un **réseau de CS de territoire** »,
- « Préparer les **changements d'exercice des cadres liés à l'évolution de l'offre de soins et la territorialisation** »,
- « Mettre en commun des **sessions d'analyse des pratiques managériales** ».

La CSIRMT de territoire représente un lieu d'échange, de partage, de concertation.

Le sujet du télétravail et la coopération entre CS y ont leur place.

Les retours d'expérience ou les benchmarks peuvent y être discutés.

De même le « *travail à faire sur le cadre de santé, sa posture, ses missions* » préconisé par une CSS interviewée trouvera sa place dans les sessions d'analyse souhaitées dans le projet partagé.

Conclusion

Portés par les évolutions législatives et sociétales, télétravail et travail nomade s'imposent aujourd'hui comme une évolution inévitable et irréversible de la société et du rapport au travail, ainsi qu'une réelle opportunité de combiner productivité et innovation, rentabilité et agilité.⁴⁹

Face à cet essor inéluctable, source de profonds bouleversements, et face à des enjeux à la fois de performance et de lutte contre les RPS, l'hôpital a tout intérêt à se saisir de ce nouveau mode de relations professionnelles réconciliant bien-être individuel et performance collective.

Quoi de mieux que renvoyer une image forte en matière de développement durable, en montrant que l'hôpital est impliqué dans les 3 piliers du développement durable : économique, social, environnemental ?

La stratégie à déployer par le DS dans l'élaboration de son projet managérial doit tenir compte de ces évolutions sociétales, économiques, numériques, législatives... Il est un acteur clé de la politique de la qualité et de la gestion des risques. En étroite collaboration avec le président de commission médicale d'établissement, et en coordination avec la DRH, il assure le lien avec toutes les instances de l'établissement, il articule qualité des soins et QVT en dégagant des intérêts communs, en redonnant du temps au soin et à la concertation.

L'avènement des technologies de l'information d'une part, mais aussi celui des GHT réinterrogent la régulation de proximité.

Les CS représentent aujourd'hui une catégorie professionnelle en difficulté face aux enjeux et changements dans la prise en charge des usagers qui remettent en cause l'approche managériale de proximité.

Le télétravail, en réponse de demandes individuelles de cadres de santé souhaitant expérimenter cette nouvelle approche organisationnelle en faveur d'une meilleure conciliation vie professionnelle / vie familiale, se pose comme un gage d'autonomie et représente une chance de construction d'une véritable relation gagnant-gagnant.

⁴⁹ STORHAYE P., BOUVARD P., 2013, Télétravail et nomadisme, leviers de transformation des entreprises, Ed. Dunod, 240 p.

A ce titre, il mérite d'être considéré. Sans constituer LA solution à mettre en place à tout prix, il fait partie des outils susceptibles de permettre au DS d'aborder le management dans une nouvelle dynamique d'innovation managériale.

Cette innovation managériale devient une clé de succès pour faire face aux mutations que traverse le secteur hospitalier⁵⁰, qu'elles viennent de la création de nouvelles entités structurelles en lien avec les GHT, ou aussi du développement de nouvelles relations organisationnelles induites par la révolution des systèmes d'information.

⁵⁰ NOBRE T., 2013, L'Innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre, Ed. Dunod, 320 pages

Sources et bibliographie

Textes réglementaires

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au Certificat de Cadre Infirmier – journal officiel du 12 octobre 1975, p 10 566

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors

Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. Journal officiel n°0154 du 6 juillet 2010 p 12224 texte n° 2

Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique. Journal officiel n°0062 du 13 mars 2012 p 4498 texte n° 4

Loi n°2012-387 du 22 mars 2012, relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives. Journal officiel n°0071 du 23 mars 2012 p 5226 texte n° 1

Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature. Journal officiel n°0036 du 12 février 2016 texte n° 63

Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Journal officiel n°0184 du 9 août 2016 texte n° 3

Loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social. Journal officiel n°0217 du 16 septembre 2017 texte n° 3

Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail : Titre III - Chapitre Ier : Favoriser le recours au télétravail. Journal officiel n°0223 du 23 septembre 2017 texte n° 33

Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social, Journal officiel n°0076 du 31 mars 2018 texte n° 1

Articles L.1222-9 à L.1222-11 du code du travail

Ouvrages

BOURGEON D., 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Ed. Lamarre, 344 pages

BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris : Ed. Seli Arslan, 269 pages

CARBONNEAU N., PAQUET Y., VALLERAND R-J., mai 2016, *La théorie de l'autodétermination : aspects théoriques et appliqués*, Ed. Deboeck supérieur, 392 pages

COLOMBAT P., 2012, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Ed. Lamarre, 238 pages

CLOT Y., 2015, *Le travail à cœur*, Ed. La Découverte, 198 pages

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Ed. Seuil, 445 pages

NOBRE T., 2013, *L'Innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Ed. Dunod, 320 pages

OLLIVIER, D., 2017, *Manager le travail à distance et le télétravail : culture – Méthodes – Outils*. Ed. Gereso, 255 pages

RASSAT P., 2016, *Mettre en œuvre le télétravail dans les organisations publiques*, Ed. Territorial, 136 pages

STORHAYE P., BOUVARD P., 2013, *Télétravail et nomadisme, leviers de transformation des entreprises*, Ed. Dunod, 240 pages

Articles et revues

COPIN J-Y., mars 2018, « *Télétravail et ressources humaines hospitalières* », revue hospitalière de France n° 574

DETCHESSAHAR M., mai 2011, « *Management et santé* », revue Française de Gestion, n° 214, p.99

DURANT V., MINVIELLE E., OLLIVIER R., décembre 2017, « *Un an après, les facteurs de réussite des GHT* », Gestions Hospitalières n° 571, p. 638-645

LIAROUTZOS O., mai 2018, « *La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ?* » revue Soins cadres n°106 » p. 19

PANFILI J-M., février 2015, « *Cadres de santé : pourquoi pas un recours partiel au télétravail* », revue Objectif Soins & Management n°233, pp. 23-26

RUMEAU J., février 2015, « *Le directeur des soins, entre autorité hiérarchique et fonctionnelle* », revue Soins cadres n° 93S, pp. 13-15

TURBE-SUETENS N., janvier-février 2014, « *Télétravail, codes et enjeux d'une organisation hors les murs* », revue Travail et changement n°353, p.6

Mémoires

SAUVAGEOT C., 2015, *La politique managériale du directeur des soins : une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes*, EHESP, 79 pages

WILLEMOT I., 2012, *Management des cadres de santé : réduire les tensions organisationnelles pour améliorer la qualité de vie au travail*, EHESP, 65 pages

Rapports

COUTY E., mars 2013, *Rapport de synthèse « Le pacte de confiance pour l'hôpital »*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 76 pages

DE SINGLY, C., 2009, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 125 pages

GOLLAC M., avril 2011, *Rapport « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser »*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 223 pages

Sites Internet

https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_au_travail

<http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac>

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf#34

<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180604-paris-healthcare-week-2018-une-premiere-etude-nationale>

Liste des annexes

Annexe 1 : Répartition des entretiens semi-directifs selon les établissements

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Charte de télétravail

Annexe 4 : Décision de télétravail

Annexe 5 : Fiche de mission cadre de santé du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Répartition des entretiens semi-directifs selon les établissements

Etablissement A

Fonction	Date	Code dans le texte
Cadre de santé	1 ^{er} mars 2018	Cadre 1 A
Cadre de santé	6 mars 2018	Cadre 2 A
Cadre de santé	8 mars 2018	Cadre 3 A
Cadre de santé	9 mars 2018	Cadre 4 A
Cadre de santé	12 mars 2018	Cadre 5 A
Cadre de santé	16 mars 2018	Cadre 6 A
PCME	5 mars 2018	PCME A
Directeur des systèmes d'informations	5 mars 2018	DSI A
Directeur Général	15 mars 2018	DG A
Directeur des ressources humaines	15 mars 2018	DRH A
Coordinateur Général des soins		CGS CH A

Etablissement B

Fonction	Date	Code dans le texte
Directrice Adjointe	4 juin 2018	DH B
Coordinateur Général des soins	8 juin 2018	CGS B
Directeur des ressources humaines	8 juin 2018	DRH B
Directeur des systèmes numériques	9 juin 2018	DSN B
Chef de pôle 1	6 juin 2018	Chef de pole 1 B
Chef de pôle 2	6 juin 2018	Chef de pole 2 B
Chef de pôle 3	12 juin 2018	Chef de pole 3 B
Cadre supérieur de santé 1	5 juin 2018	CSS B 1
Cadre supérieur de santé 2	7 juin 2018	CSS B 2
Cadre supérieur de santé en mission transversale sur les secrétariats médicaux et le télétravail	9 juin 2018	CSS B 2
Organisation syndicale	27 mai 2018	OS B
Psychologue du travail	6 juin 2018	PT B
Médecin du travail	18 juin 2018	MT B

Etablissement C

Fonction	Date	Code dans le texte
Coordinateur Général des soins	25 avril 2018	CGS C

Guide d'entretien

Je suis élève directeur de soins et je réalise un mémoire de fin d'études. Je souhaite explorer l'opportunité de la mise en place du télétravail pour les cadres de santé comme éventuel levier managérial d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Je souhaite vous interviewer à ce sujet.

L'entretien sera anonymisé et un compte-rendu de l'entretien pourra vous être envoyé afin de vérifier la conformité des informations, si vous le souhaitez.

THEMATIQUE 1 : QVT/RPS ET ORGANISATION DU TRAVAIL

- Pouvez-vous me parler des RPS ou de la QVT et de l'approche que vous en avez ?
- Faites-vous un lien entre QVT (et ou RPS) et organisations du travail à l'hôpital ?
- Représentent-ils un enjeu à l'hôpital ?
- Votre regard ?

THEMATIQUE 2 : CADRES DE SANTE ET RPS

- Quelle vision avez-vous de leurs missions, de leur activité ?
- Les CS représentent-ils à vos yeux une profession exposée aux RPS ?

THEMATIQUE 3 : TELETRAVAIL

- Que pensez-vous du télétravail ?
- Ses avantages, ses inconvénients, ses limites ou freins à son développement ?
- Avez-vous des retours d'expériences à relater ?

THEMATIQUE 4 : CDS ET TELETRAVAIL

- Selon vous, le télétravail peut-il s'appliquer pour un cadre de santé ?
- Représente-il une opportunité ? Quels sont, à vos yeux, les inconvénients ou limites éventuels ?
- Identifiez-vous des tâches qui pourraient être délocalisées ?
- Selon vous, le GHT a-t-il ou aura-t-il un impact sur le travail des CDS ?

Charte de télétravail

CHARTRE RELATIVE AU TELETRAVAIL

Vu la loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
Vu la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
Vu la loi 2012-347 du 12 mars 2012 (...) portant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 133)
Vu le décret 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique
Vu la charte utilisateur du système d'information du CHU de [REDACTED]

Préambule :

La présente charte fixe les principes et les modalités organisationnelles relatives à la mise en œuvre du télétravail au CHU de [REDACTED]

Le télétravail est une forme d'organisation du travail réalisée en dehors de l'établissement, au domicile de l'agent en utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Il repose sur les grands principes suivants :

- le **volontariat** de l'agent et de l'employeur ;
- la **réversibilité** côté agent et employeur ;
- des **droits et obligations** identiques aux autres agents exerçant leurs fonctions sur site, notamment en matière de réglementation du temps de travail, d'hygiène et de sécurité.

Le télétravail doit être compatible avec la nature des fonctions exercées et l'intérêt du service.

Le télétravail s'inscrit dans une démarche volontariste qui répond à plusieurs enjeux :

- de bonne articulation entre la vie privée et la vie professionnelle,
- de réponse aux contraintes de mobilité,
- de meilleure efficacité,
- de contribution au développement durable.

Art 1. Champ d'application

La charte concerne les agents bénéficiant d'une ancienneté minimum d'un an dans le service d'affectation.

Le télétravail est ouvert aux agents volontaires dont la nature des fonctions :

- n'est pas attachée au lieu de travail,
- est totalement dématérialisable, c'est-à-dire qu'elle peut être exercée à distance en accédant aux applicatifs métiers dédiés, via les technologies de l'information et de la communication, sans impression (zéro papier).

Il repose sur un **triple accord** : de l'agent, de l'encadrement, de la Direction.

Art 2. Critère d'éligibilité

a. Critères généraux

L'organisation en télétravail pourra être proposée aux agents volontaires:

- disposant d'une ancienneté au sein du service d'un an minimum,
- exerçant une activité sur une quotité de temps de travail au moins égale à 75%,
- ayant rempli un formulaire de candidature au télétravail. Ce document permet une auto-évaluation sur l'aptitude à télétravailler,
- pour lesquels il n'y a pas de contre-indications posées par le service de santé au travail.

b. Critères techniques

- disposant d'une connexion internet avec un débit suffisant (ADSL – fibre optique) et d'une ligne téléphonique. En cas d'utilisation du WIFI, celui-ci devra être sécurisé par une clé. La connexion directe par câble Ethernet est privilégiée.
- ayant validé la phase de qualification technique (réseau / applicatif métier).
- ayant satisfait aux critères de compatibilité des installations électriques et sécurité incendie avec l'activité de télétravail.

Le télétravailleur s'engage sur la conformité du lieu de télétravail avec les conditions nécessaires au bon exercice d'une activité professionnelle en termes d'hygiène, de sécurité, de confidentialité.

Avec l'autorisation du télétravailleur, des interventions au domicile pourront être programmées notamment pour le diagnostic de l'installation électrique du poste de télétravail. Par ailleurs, une délégation du CHSCT pourra réaliser une visite sur le lieu d'exercice des fonctions de télétravail. Cela est subordonné à l'accord écrit du télétravailleur.

Art 3. Lieu d'exercice du télétravail

Le télétravail s'exerce au domicile de l'agent. Le domicile s'entend comme lieu d'habitation officiel et habituel. Cette adresse, déclarée au Pôle ressources humaines, conditionne l'autorisation de télétravail. Tout changement d'adresse amènera à un nouvel examen de l'éligibilité au télétravail. Toute modification de l'installation électrique du poste de télétravail devra faire l'objet d'une déclaration auprès de l'employeur.

Art 4. Modalités d'organisation du télétravail

a. Principes généraux

Le nombre de jours télétravaillables ne peut être supérieur à trois jours par semaine.

Le temps de présence sur le lieu d'affectation ne peut être inférieur à deux jours.

La quotité de temps télétravaillé est laissée à l'appréciation du cadre au regard des nécessités de service.

Le télétravail est mis en œuvre sur des journées complètes sur des jours fixes et planifiés. Ces jours ne sont pas reportables.

Le télétravailleur devra se connecter au système d'information du CHU de [REDACTED] dans une tranche horaire comprise entre 7h30 et 18h.

L'agent en télétravail devra réaliser sa journée de travail durant cette tranche horaire. Sa base horaire journalière est identique à celle qui aurait été réalisée sur site.

Le télétravail de nuit n'est pas autorisé.

En cas d'impossibilité temporaire d'accomplir ses fonctions en télétravail en raison d'une panne du réseau informatique par exemple, l'agent doit immédiatement prévenir son supérieur hiérarchique afin de définir les adaptations de la situation de travail qu'il convient de mettre en œuvre. Cela peut éventuellement justifier un retour sur site. En cas de retour temporaire sur site, la durée de déplacement accompli par l'agent en télétravail dans sa plage horaire, pour rejoindre le site est décomptée comme du temps de travail.

b. Respect des règles de la gestion du temps de travail

L'agent en télétravail s'engage à respecter les règles du référentiel temps de travail disponible sur intranet - @RH =>La vie quotidienne => Temps de travail.

c. Plages de disponibilité

Le cadre et l'agent en télétravail valident ensemble des plages de disponibilités au cours desquelles l'agent s'engage à être joignable.

d. Planning

Le planning de l'agent est communiqué 2 semaines à l'avance. Les nécessités de service priment sur les journées de télétravail planifiées.

Au sein d'un service, le nombre d'agents autorisés à télétravailler doit être conforme à l'effectif minimum nécessaire au bon fonctionnement du service sur site.

Art 5. Missions

La nature des activités effectuées à domicile ainsi que les modalités de suivi seront définies et formalisées au préalable avec l'encadrement. Elles seront inscrites dans la décision de télétravail à domicile et pourront faire l'objet d'une réévaluation selon les mêmes formes. L'activité de télétravail fait l'objet d'un suivi régulier entre le télétravailleur et son encadrement. Lors de la période d'adaptation un point d'étape est réalisé par quinzaine.

Art 6. Equipements et outils de travail

Les équipements et outils fournis par le CHU [REDACTED] sont les suivants:

- ordinateur portable équipé des logiciels standards utilisés au CHU de [REDACTED] et des applications informatiques nécessaires à la réalisation de l'activité de télétravail et équipements standards associés au poste.
- accès à la hotline informatique (0 [REDACTED] 4) permettant une assistance à distance pendant la période de télétravail et d'ouverture du CAU.

La liste des équipements mis à disposition des télétravailleurs est annexée à la décision de télétravail.

Les frais liés aux abonnements téléphone/internets seront remboursés sur présentation de justificatifs de frais auprès du service de la paye et au prorata du nombre de jours télétravaillés.

La configuration initiale des matériels, notamment l'installation des logiciels et leur paramétrage (hormis la connexion au réseau du domicile de l'agent) est assurée par le CHU de [REDACTED] dans les locaux de la Direction des services numériques.

La mise en place de ces matériels informatiques et leur connexion au réseau est assurée par l'agent en télétravail avec l'aide des modes opératoires présentés préalablement à l'entrée dans le dispositif de télétravail. La maintenance des équipements pourra nécessiter un retour du matériel fourni par l'agent en télétravail dans les locaux de la DSN.

L'ensemble des équipements mis à disposition du télétravailleur restent la propriété du CHU de [REDACTED]. En cas de panne ou de mauvais fonctionnement des équipements de travail, l'agent en avisera immédiatement son encadrement. Le télétravailleur ne peut utiliser un autre matériel que celui qui lui est fourni. L'ensemble des équipements devra pouvoir être restitué sans délai à la demande du CHU de [REDACTED].

Le télétravailleur prendra les mesures nécessaires afin de protéger le matériel mis à disposition contre tout risque de détérioration, vol, utilisation par des tiers, communication des informations qu'il contient. Si, malgré toutes les précautions prises, un acte de malveillance était commis sur le matériel et les logiciels mis à disposition, l'agent devra immédiatement faire une déclaration à la police et en remettre une copie à son encadrement.

Le matériel et l'accès au système d'information du CHU doivent être exclusivement utilisés dans un cadre strictement professionnel et conformément aux dispositions de la charte utilisateur du système d'information du CHU de [REDACTED] annexée à la présente charte. *cf. notamment engagement des utilisateurs (P7 à 11)*. En cas d'utilisation du matériel fourni par le CHU de [REDACTED] à des fins non professionnelles, le télétravailleur s'expose à des sanctions (P16).

Art 7. Confidentialité, traitement et sécurité des données

Le télétravailleur s'engage à respecter les règles fixées par la charte utilisateur du système d'information du CHU de [REDACTED].

Aucune donnée sensible n'est présente sur le poste de télétravail.

La communication entre le poste de télétravail et le CHU est sécurisée.

L'accès au poste de télétravail se fait au moyen de la carte professionnelle.

Le télétravailleur s'engage :

- à ne pas communiquer sa carte professionnelle et son code PIN,
- à ne pas sous-traiter les travaux qui lui sont confiés par son encadrement,
- à respecter la sécurité des informations obtenues ou recueillies dans le cadre de son travail (et notamment leur confidentialité) et à ne pas les utiliser à des fins personnelles

Art 8. Assurances

L'agent télétravailleur s'engage à s'assurer préalablement à la mise en place du télétravail que l'utilisation de son domicile à des fins de télétravail est compatible avec sa couverture assurance habitation multirisques et son bail. Le CHU remboursera les éventuels surcoûts d'assurance multirisques habitation engendrés par le télétravail sur présentation d'une facture acquittée de la compagnie d'assurance.

Il transmettra annuellement une copie du justificatif de son assureur via la BP télétravail.

Art 9. Formation

Une formation dédiée d'une demi-journée sera proposée aux télétravailleurs sur cette forme d'organisation du travail. Seront notamment présentés les équipements et outils mis à sa disposition, un rappel sur les règles d'utilisation du système d'information du CHU de [REDACTED] ainsi que les principes d'ergonomie du poste de travail au domicile, préalablement à l'entrée dans le dispositif d'expérimentation du télétravail.

Art 10. Santé du télétravailleur

L'agent en télétravail bénéficie du suivi du service de santé au travail. Avant toute entrée dans le dispositif d'expérimentation, l'agent sera reçu par le médecin du travail (Cf. article 2 : critères d'éligibilité).

Les accidents de travail et maladies professionnelles survenus pendant la période de télétravail peuvent bénéficier d'une reconnaissance d'imputabilité à l'activité professionnelle selon la réglementation en vigueur. La procédure au sein de l'établissement est disponible sur intranet @RH 11.30- Santé au travail > Accidents du travail, de trajet, Maladies professionnelles.

La plaquette d'information « Déclaration d'accident de travail » sera remise aux agents entrant dans le dispositif expérimental au cours de la formation mentionnée à l'article 9.

L'employeur pourra, avec l'accord du télétravailleur, demander à accéder au lieu de télétravail afin de s'assurer de la bonne application des règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité.

Art 11. Période d'adaptation

Les deux mois suivant la mise en œuvre du télétravail constituent une période d'adaptation au cours de laquelle chaque partie peut décider de mettre un terme par écrit à la pratique du télétravail en respectant un délai de prévenance d'un mois.

Art 12. Suspension et réversibilité

L'employeur et l'agent peuvent, à l'initiative de l'un ou de l'autre, convenir de mettre fin au télétravail.

Cette interruption devra être signifiée par lettre recommandée avec accusé moyennant un délai de prévenance de deux mois (à compter de la date de réception de la lettre). L'interruption du télétravail à l'initiative de l'administration sera précédée d'un entretien et motivée.

Ce délai pourra cependant être supprimé si l'intérêt du service exigeait une cessation immédiate de l'activité en télétravail.

Art 13. Durée de la charte - renouvellement de l'autorisation de télétravail

La charte prendra fin le 16 mai 2019. L'autorisation pourra être renouvelée par décision expresse du Directeur, après entretien avec le supérieur hiérarchique direct et sur avis de ce dernier.

En cas de modifications des dispositions légales et réglementaires relatives au télétravail, la présente charte sera modifiée pour tenir compte des éventuelles incidences.

La présente charte prend effet le 11 juin 2018.

Fait à [REDACTED] le 5 juin 2018,

Le télétravailleur,
[REDACTED]
Assistante medico-administrative



Pour le Directeur Général
et par délégation
la Directrice adjointe
du Pôle Ressources Humaines



Décision de télétravail

PÔLE RESSOURCES HUMAINES

DIRECTEUR

DIRECTION DU RECRUTEMENT,
DES CARRIÈRES ET DE L'EMPLOI

DIRECTION DU MANAGEMENT,
DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL
ET DE LA FORMATION

DECISION N°XXXX portant inscription volontaire dans le dispositif du télétravail

LE DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE

- VU la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
- VU la loi n°86-33 du 9 juillet 1986 modifiée portant dispositions statutaires dans la fonction publique hospitalière
- VU la loi 2012-347 du 12 mars 2012 (...) portant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 133)
- VU le décret 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique
- VU la charte relative au télétravail présentée au CHSCT du 13 novembre 2015 et du CTE du 20 novembre 2015, ci-après annexée
- VU la demande de l'intéressée en date du XXXXX 2017

DECIDE

Article 1 : Mise en œuvre du télétravail

Madame XXXXX, matricule XXXXXX, secrétaire médicale au secrétariat XXXX - UF XXX, ~~télétravaillera~~ à son domicile (adresse déclarée auprès du Pôle Ressources Humaines) à compter du XXXX 2018, dans le cadre des modalités définies dans la charte visée ci-dessus aux articles 1 à 13.

Le nombre hebdomadaire de jours télétravaillés est de : 2 jours, les mardis et jeudis, sous réserve des nécessités de service.

Le planning de télétravail de l'agent est communiqué 2 semaines avant le début de chaque mois. La notion de nécessité de service prévaut dans la validation des plannings.

Article 2 : Contenu des missions confiées

- Mise en forme et relecture de courriers
- Diffusion de courriers
- Prise de RDV sous ESM

Article 3 : Période d'adaptation

Les deux mois suivant la mise en œuvre du télétravail constituent une période d'adaptation au cours de laquelle chaque partie peut décider de mettre un terme par écrit à la pratique du télétravail en respectant un délai de prévenance d'un mois.

Article 4 : Suspension et réversibilité

A l'issue de la période d'adaptation, l'employeur et l'agent peuvent, à l'initiative de l'un ou de l'autre, convenir de mettre fin au télétravail. Cela devra être signifié par lettre recommandée avec accusé de réception et prendra effet après un préavis de 60 jours à compter de la date de réception de la lettre.

Ce préavis pourra cependant être supprimé si l'intérêt du service exigeait une cessation immédiate de l'activité en télétravail.

Article 5 : Durée de la charte

Le télétravail est conclu jusqu'au 16 mai 2019. Le renouvellement est soumis à reconduction expresse. Le télétravail fait l'objet d'un bilan lors de l'entretien professionnel annuel.

Article 6 : Recours

La présente décision est susceptible d'un recours administratif devant l'autorité hiérarchique dans un délai de deux mois à compter de sa date de notification ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes dans le même délai.

le XXXXX 2018

Pour le Directeur Général
et par délégation
la Directrice adjointe
du Pôle ressources humaines

Destinataires :

- L'intéressé(e)
- Directeur référent
- Cadre sup. référent
- Cadre de proximité référent
- Dossier agent

Annexes :

- Charte relative au télétravail
- Liste des équipements mis à disposition du télétravailleur

DECISION N°2018-139 portant inscription volontaire dans le dispositif télétravail

LISTE DES EQUIPEMENTS MIS A DISPOSITION

- PC portable - réf CHU : XXXX
- Base station d'accueil - réf CHU : XXXX
- Ecran - réf CHU : XXXX



Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

Famille : SOINS
Sous-famille : Management des organisations des soins
Code métier : 05U20

Information générale

Définition :

- Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.
- Développer la culture du signalement et gérer les risques
- Développer les compétences individuelles et collectives.
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Autres appellations :

Cadre de santé

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau



► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIER**S
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé paramédicale

Passerelles :

Cadre soignant de pôle

Formateur des professionnels de santé

DAVIAUD

Jean-Benoît

Décembre 2018

Filière Directeurs des soins

Promotion 2018 – Marie Curie

Le télétravail des cadres de santé : un levier managérial du directeur des soins en faveur de la qualité de vie au travail

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Diderot PARIS 7

Résumé :

Dans le contexte sanitaire actuel des établissements publics de santé, les cadres de santé sont mis à rude épreuve par cette situation difficile qui touche les soignants qu'ils encadrent, mais qui les touche eux aussi et peut se répercuter sur la qualité des soins et sur les patients.

Le télétravail est dans l'ère du temps.

Il propose certains avantages susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail (QVT) : autonomie, motivation, gain de temps et d'argent, modernisation du management, réduction de l'absentéisme, augmentation de la productivité...

Si la France accuse un certain retard dans son développement, des évolutions législatives récentes sont venues favoriser son développement pour rattraper ce retard.

Notre étude analyse les leviers et les freins dans l'utilisation de ce mode de travail à distance et qui influe sur les organisations de travail et le fonctionnement des unités de soins.

Au regard de la littérature sur la fonction d'encadrement de soin, sur les concepts de QVT, de télétravail, et avec un travail exploratoire mené auprès d'acteurs hospitaliers, des préconisations mettent en lumière le rôle stratégique du directeur de soins pour envisager le déploiement du télétravail pour cette catégorie professionnelle.

Mots clés :

Autodétermination, autonomie, cadres de santé, confiance, directeur des soins, distance, innovation, légitimité, management, management à distance, motivation, organisation, proximité, qualité des soins, qualité de vie au travail, télétravail

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.