



EHESP

Filière : **DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion : **2019**

Date du Jury : **DECEMBRE**

**PRESERVER LA QVT DE
L'ENCADREMENT :
UNE NECESSITE POUR LE DS
DANS UN CONTEXTE DE FORT
ABSENTEISME SOIGNANT**

Claudine CATHERINE

« Le burn-out est une maladie de système dans une société où tout s'accélère. Cette accélération génère de la souffrance pour le travailleur et, nous devons avoir une réflexion sur le progrès utile et cette part subtile d'humanité qui doit nous faire avancer dans notre système de travail ».

Marie Christine Beck.
(Anesthésiste hôpital Saint-Louis).

Remerciements

A l'écriture de mes dernières lignes, je souhaite exprimer toute ma gratitude :

- A Mr JAVEL et Mr VALLEE pour m'avoir aidé à cheminer dans ma réflexion sur ce sujet épineux,
- A mes différents tuteurs de stage pour avoir participé à ma construction identitaire et également pour la qualité de leur accueil sur le terrain,
- A mes collègues de promotion et à Sandrine en particulier, pour le soutien continu, mutuel et actif dont nous avons fait preuve toute l'année,
- A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail de réflexion et/ou d'écriture.

Je dédie ce mémoire, à ma famille et en particulier à mon conjoint Alain et à mon fils Florian dont le soutien sans faille a été un moteur.

MERCI

Sommaire

Introduction	1
PARTIE 1 : CADRE DE REFERENCE	4
1 CONTEXTE : Des mutations hospitalières qui imposent de l'efficience	4
1.1 Une évolution des fondements de l'hôpital public	4
1.2 Ces transformations induisent une rationalisation des ressources humaines.....	5
1.3 Des cadres confrontés à une gestion humaine qui se raréfie.	6
2 DONNEES : L'absentéisme impacte la fonction managériale à l'hôpital.	7
2.1 Définition de l'absentéisme.....	7
2.2 Une gestion qui déstabilise le management des cadres de santé.	9
2.3 Les conditions de travail des CS se dégradent.	10
3 CONCEPTS : la qualité de vie au travail de l'encadrement et le management	12
3.1 La qualité de vie au travail à l'hôpital.....	12
3.2 La Qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement.....	14
3.3 Un management du DS qui intègre la QVT des cadres	15
PARTIE 2 : ENQUETE.....	18
1 La Méthodologie.....	18
1.1 Domaine D'observation	18
1.2 A l'écoute du terrain : Démarche exploratoire.	19
1.3 Instruments d'observation et collecte des données.....	20
1.3.1 Instruments d'observation	20
1.3.2 Les données à recueillir.....	21
1.3.3 Les indicateurs	21
2 LES LIEUX D'ENQUETE	22
2.1 Carte d'identité des lieux d'enquête	22
2.1.1 Le centre Hospitalier « A »	22
2.1.2 Le centre Hospitalier « B »	23
2.2 Singularités et similitudes	24
2.2.1 Deux systèmes de santé basés sur le principe de la solidarité	24
2.2.2 Deux conceptions politiques qui diffèrent.....	25
2.2.3 Un management vertical et un management transformationnel.....	26
2.3 Les limites de la méthode.....	28
3 ANALYSE DES RESULTATS	28
3.1 Impact de l'absentéisme sur la gestion des pôles	28
3.1.1 Disparités selon les secteurs d'activité.....	28
3.1.2 Une collaboration entre les cadres qui s'appauvrit.....	30
3.2 Impact de l'absentéisme sur les cadres	31

3.2.1	Le management technique :.....	32
3.2.2	Leur management relationnel	33
3.3	Impact de l'absentéisme sur le management institutionnel.....	34
3.3.1	Une recherche de liant entre les cadres et la DRH.....	35
3.3.2	Un accompagnement des compétences.....	35
3.4	Validation ou infirmation des sous-questions.....	37
3.4.1	Corrélation des retours terrain avec les sous-questions	37
3.4.2	Les pistes de réflexion émergentes	40
PARTIE 3 : PRECONISATIONS.....		42
1	Le prisme de la méthode	43
1.1	S'adapter au périmètre du pilotage stratégique	43
1.2	Structurer la direction des soins.....	44
2	Le prisme de l'expérience	45
2.1	Donner de la cohérence managériale à l'équipe d'encadrement.....	45
2.2	Faciliter la gestion des ressources humaines au sein des pôles	46
3	Le prisme de la complexité	47
3.1	Prendre la moins « mauvaise » décision	47
3.2	Renforcer les compétences managériales pour favoriser la professionnalisation	48
4	Le prisme du discours.....	49
4.1	Perfectionner le levier de la communication	49
4.2	Communiquer pour répondre aux attentes des collaborateurs.....	50
Conclusion.....		52
Bibliographie		54
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

AAH	Assistant Administration Hospitalière
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
ANAP	Agence National d'Appui à la Performance
ASH	Agents de Service Hospitalier
AT	Accident de Travail
AT	Accident de Travail
CDU	Commission Des Usagers
CH. A	Centre Hospitalier A.
CH. B	Centre Hospitalier B.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CS	Cadre De Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CSSP	Cadre Supérieur De Santé De Pôle
DARES	Direction De L'animation De La Recherche, Des Etudes Et Des Statistiques
DOM	Départements d'Outre-Mer
DS	Directeur des Soins
DSA	Directeur des Soins Adjoint
DSD	Directeur des Soins De Département
DSO	Direction des Soins
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
ES	Etablissement de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
FEI	Feuille événement indésirable
FHF	Fédération Hospitalière De France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
MP	Maladie Professionnelle
NPM	New Public Management
ONDAM	Objectif National Des Dépenses D'assurance Maladie
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PNM	Personnel Non Médical
PRN	Projet de Recherche en Nursing
QVT	Qualité de Vie au Travail
RETEX	RETour d'EXpérience
RGPP	Révision Générale Des Politiques Publiques
RH	Ressources Humaines
RPS	Risque Psycho-Social
SH	Système Hospitalier
SROS	Schéma Régional de l'Organisation en Santé

Introduction

Accident de travail, contraintes physiques ou psycho-sociales, cadence infernale, désorganisation, perte de sens, manque de vacances.... 20% des personnes en arrêt évoquent un conflit dans le travail. Selon une étude de 2018 publiée par l'institut Sapiens (une think Tech économique, ndlr), ce serait l'équivalent de 4,7 points du PIB, ou encore 16% des salaires versés qui partiraient en fumée chaque année. Le coût de l'absentéisme, tout secteur confondu aurait atteint 108 milliards d'euros dans l'hexagone.

En France, nous sommes considérés depuis plus de dix ans par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme ayant l'un des systèmes de santé le plus performant au monde. Pour autant, à l'ère d'une recherche de performance organisationnelle, notre volonté d'améliorer les conditions de vie au travail des professionnels devient une préoccupation majeure face à un contexte d'absentéisme qui inquiète et qui se chronicise à l'hôpital.

Effectivement, les motifs avancés pour expliquer l'ampleur du phénomène de l'absentéisme font référence à différentes approches :

D'abord, une approche contextuelle, car le secteur hospitalier a connu ces dernières années de multiples réformes qui visaient à le transformer en profondeur. Dans ce contexte, les établissements ont modifié leurs organisations de travail et ont conçu de nouveaux leviers pour gérer les ressources hospitalières ; le développement des horaires de travail en 12h en témoigne. Des logiques comptables semblent appréhender désormais les manifestations de l'absentéisme. Le personnel soignant, population qui sera essentiellement concernée dans cette réflexion, et sous la hiérarchie du directeur des soins, est encline à dénoncer les conséquences déplaisantes des transformations liées aux réformes hospitalières de ces dernières années.

Sans doute, pourrions-nous l'expliquer à partir des évolutions sociétales qui impactent fortement les établissements à savoir, les modifications du rapport au travail notamment. Effectivement, les collaborateurs soignants ne considèrent plus leur relation au travail comme un élément majeur de leur identité sociale, et encore moins comme la solution principale leur permettant de satisfaire leurs besoins matériels et/ou intellectuels. Une transformation de leur perception des métiers liés à la santé dans notre société actuelle qui s'est modifiée.

Ensuite, n'oublions pas que les caractéristiques de nos métiers sollicitant physiquement un corps à corps physique et moral avec le patient peut expliquer la survenue de troubles psychologiques (du fait de la misère humaine rencontrée) et aussi musculo-squelettiques liées notamment à une exposition à des contraintes physiques fréquentes dues à la manutention, au brancardage...etc. Le vieillissement des patients accentuant ainsi ce besoin de leur apporter de l'aide pour les gestes du quotidien et les soins d'hygiène de base.

En outre, les conditions de travail à l'hôpital exposent évidemment de fait, à des risques en lien avec la configuration des locaux, les efforts physiques, les déplacements de charges, le bruit, les températures, l'éclairage, l'utilisation ou l'exposition à des produits dangereux. Cela majore ainsi l'absentéisme d'autant que le climat de travail est aussi marqué par des facteurs de stress de plus en plus importants. Aller vite, parfois au détriment du temps passé avec les patients, altérer le lien social au risque de perdre la valeur équipe... bref, il en résulte une fatigue nerveuse ressentie par le personnel hospitalier et la prévention des risques psycho-sociaux est un objectif nécessaire. Et ce d'autant qu'est identifié un vieillissement des populations professionnelles sur le terrain.

Enfin, l'absentéisme peut être vu comme un signe de mal-être, lorsque le sens du travail n'apparaît plus clairement et que les agents se démotivent. Ils ont le sentiment d'avoir moins de temps pour réaliser les tâches qui sont au cœur de leur métier et se culpabilisent.

Depuis quelques mois, nous assistons même à des situations inédites dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), des vagues d'absentéisme massif organisées par des équipes entières pour faire connaître leurs revendications comme pour alerter au plus haut niveau les pouvoirs publics.

Parfois démunis face aux enjeux de l'absentéisme, voire même plus largement face aux enjeux de gestion des ressources humaines et de santé au travail, les cadres de santé, et pas seulement, interrogent cet absentéisme qui se traduit concrètement par une problématique organisationnelle pouvant mettre en péril la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Des débats autour des questions liées à la façon d'organiser le travail des soignants, un déséquilibre trop important entre vie professionnelle et vie personnelle, un défaut de protection contre l'épuisement émotionnel ou des stratégies d'adaptation inefficaces devant ce nouvel environnement de travail. Qu'en est-il ?

Pour le directeur des soins, l'absentéisme est souvent en lien avec des difficultés des organisations de soins elles-mêmes. Dans ses missions, il doit accompagner les projets et les changements. Et dans ses compétences stratégiques et de coordination, sont attendues ses capacités à savoir planifier, organiser, répartir les ressources en soins de l'établissement dans une approche transversale et efficiente. Sa posture et son positionnement entre les organisations de terrain et les orientations médicales portées en cohérence avec le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et les stratégies du projet d'établissement, le situe en première ligne pour tenter d'assainir les difficultés de l'encadrement face à ces difficultés de gestion de l'absentéisme.

Le management de la ressource humaine renvoie de ce fait, à des prises de décision importantes dans lesquelles sont impliquées l'ensemble des membres d'une direction hospitalière en collaboration avec le directeur des ressources humaines. Nous débattons donc dans ce mémoire du paradoxe entre des transformations politiques dans un système de valeurs qui est le nôtre, et la perception de nous engluer dans une complexité sans nom qui correspond à notre réalité hospitalière.

Prévenir la désinsertion professionnelle, trouver des alternatives à l'arrêt de travail ou encore réduire la durée des arrêts longs... ce sont autant de propositions que préconise la mission du gouvernement sur les arrêts de travail. Lancée il y a 10 mois par les pouvoirs publics, le Premier Ministre, Édouard Philippe, ainsi que les ministres des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, et du Travail, Muriel Pénicaud ont intitulé le rapport : Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Le document développe neuf constats et vingt propositions¹.

¹ Jean Luc BERARD, Pr Stéphane OUSTRIC, Stéphane SEILLER - Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, Neuf constats, vingt propositions. Rapport fait à la demande du Premier ministre – Janvier 2019.

Cela confirme que ce phénomène d'ampleur préoccupe l'État qui envisage désormais une politique volontairement orientée vers des solutions pérennes.

Le cadrage de l'État est corrélé aux aspirations collectives qui consisteraient à la fois en meilleure conduite des organisations de santé et à l'assurance d'un pilotage optimal. Il s'agit ici d'une reconnaissance des besoins de santé, mais aussi d'une articulation des organisations entre elles au vu d'une graduation de l'intensité des besoins qui évoluent.

Pour mener à bien cette étude, nous tentons d'abord d'établir dans une première partie théorique, le lien entre les transformations de la politique de santé et l'absentéisme. Ces mutations se sont accompagnées ces dernières années d'une modification progressive des missions de la fonction publique hospitalière. Ces dernières reconnaissent devoir troquer notre ancien modèle archaïque de processus en silo au bénéfice d'une vision partagée et parvenir à changer de modèle structurel à l'hôpital. Le besoin de limiter les moyens a induit des redimensionnements et de nombreuses réorganisations visant à adapter les besoins aux ressources. Celles-ci viennent perturber des cultures enracinées qui font éclater des notions d'équipe, d'attachement à des lieux de travail.

Le DS s'inquiète de voir la ressource se raréfier et la gestion des personnels se complexifier de plus en plus. Les cadres de santé (CS) sont particulièrement sollicités au quotidien pour gérer l'absentéisme inopiné. La revue de littérature a mis en exergue multiples approches d'auteurs, qui ont abordé le sujet aussi bien par le prisme des effets de l'absentéisme que par l'environnement au travail. Ce qui nous a aidé à rapprocher l'absentéisme des conditions de travail des cadres, ainsi d'une recherche de satisfaction au travail. En sommes, nous nous interrogeons sur un absentéisme qui viendrait heurter et déstabiliser le manager.

Pour cela, il nous a semblé important de réétudier le concept de qualité de vie au travail à l'hôpital et principalement pour les CS, afin de rechercher les leviers à actionner pour préserver leurs conditions de travail. En effet, la mouvance quotidienne à laquelle les CS s'astreignent à vouloir répondre dans l'immédiateté, particulièrement sur la problématique de l'absentéisme, pourrait laisser penser d'un manque de bienveillance de leur part. Toutes ces tensions organisationnelles impactent les professionnels et éloignent les CS de leurs missions.

Notre question de recherche est donc formulée comme suit : **En quoi le directeur des soins peut-il influencer sur la qualité de vie au travail des cadres de santé dans un contexte de fort absentéisme soignant ?**

L'intégration de la QVT dans un management bienveillant et structurant qui faciliterait le pilotage des organisations hospitalières devra être exploré sur le terrain à travers trois axes d'investigation. Ces derniers ont été mis en évidence par la démarche exploratoire.

- Ils concernent la capacité pour le cadre de se voir reconnaître au sein même de son institution à travers un projet managérial d'abord,
- le fait d'upgrader ses compétences à travers des outils et des formations communes au sein de l'équipe d'encadrement et en collaboration avec la direction des ressources humaines ensuite,
- et enfin, en la recherche d'une collaboration inter-pôle qui pourrait permettre une répartition équitable des ressources et pourquoi pas à partir d'un outil pouvant objectiver la charge de travail soignant.

PARTIE 1 : CADRE DE REFERENCE

1 CONTEXTE : Des mutations hospitalières qui imposent de l'efficience

1.1 Une évolution des fondements de l'hôpital public

Abordons notre thème tout d'abord par un peu d'histoire. Pour cela, repartons de la loi BOULIN du 31 décembre 1970 qui crée le service public hospitalier avec les notions d'égalité d'accès, de traitement et de continuité de service public. C'est une définition réaffirmée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle nous lie à l'engagement d'une organisation de la permanence des soins dans les établissements de santé et nous distingue principalement des autres fonctions publiques. C'est une approche fonctionnelle qui s'impose à notre champ d'exercice qu'il conviendra de retenir ici tout au long du traitement de ce sujet. L'éventuelle menace de cette continuité nous a effleuré l'esprit.

Pour se réapproprier le contexte socio-économique dans lequel nous nous inscrivons, nous partons du choix gouvernemental français de soutenir notre système de santé dont il en assure la garantie d'accès à chaque français².

Pour commencer, afin de rétablir un équilibre médico-économique devenu la priorité de nos hôpitaux depuis 1995, nos pouvoirs publics créent l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). En effet, une inflation de nos dépenses en lien avec les évolutions démographiques, le coût des traitements et des équipements a nécessité une régulation par l'Etat des deniers publics et notamment des établissements de santé.

Dans le même temps, de nombreuses lois promulguées³ depuis 1991 vont participer à réformer de manière stratégique notre système de santé. Certaines portent sur le financement de la sécurité sociale, d'autres s'intéressent aux droits des malades, ou encore à l'organisation de la politique de santé à travers la gouvernance hospitalière. Bref, une reconsidération importante de l'hôpital public en tant que tel.

Puis, vient se rajouter en 2007, une modernisation de très grande ampleur pour réformer un modèle de gestion de la politique publique française qualifié d'archaïque, le Nouveau Management Public (NPM : new public management). Ainsi, le monde de la santé s'y voit intégrer. Cela prend forme pour le gouvernement qui fait de cette dimension, le cœur pragmatique de son action et exprime nettement une volonté de « rupture » d'avec le modèle précédent.

Notre secteur est donc soumis à des mutations profondes et rapides qui induisent des transformations importantes avec une recomposition de nos métiers pour produire du soin, mais également un changement des modèles managériaux pour répondre aux besoins de performance de nos organisations.

La révision générale des politiques publiques (RGPP), montre le début d'une nouvelle politique publique. Elle se traduit par des coupes budgétaires et des réductions d'effectifs relativement conséquentes (le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite), la

² L'égal accès aux soins à tous, et la protection de la santé notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs repose sur le préambule de la constitution du 27 Octobre 1946.

³ Lois SROS du 31/07/91, Ordonnance Juppé du 24/04/96 avec la régionalisation du SH, Assurance Maladie du 13/08/2004 (missions de l'HAS), Bachelot HPST du 21/07/2009 (Les ARS deviennent des pivots de l'organisation du système de santé), loi du 04/03/2002 modifie les droits des patients, Loi du 26/01/2016 de modernisation du système de santé.

diffusion progressive de bonifications salariales indexées sur la productivité (le « salaire au mérite »), des restrictions du droit de grève (le « service minimum ») et, plus récemment, l'introduction d'une possibilité de licencier les fonctionnaires, dans le cas où ces derniers refuseraient plusieurs mutations de suite. Ces mesures, à forte portée symbolique, prennent volontiers à témoin l'opinion publique des supposés « privilèges » acquis par le fonctionariat. Dès lors, pour répondre aux orientations du NPM, l'objectif principal de ces orientations est posé par l'ex-ministre de la santé Marissol TOURRAINE en 2015 : prévoir un plan d'économies de 3 milliards d'euros pour les hôpitaux jusqu'à 2017 provoquant des « coupes budgétaires⁴ ». Enfin, la cour des comptes publie dans son rapport de 2009 que les dépenses de personnels représentent 66% en moyenne des charges d'exploitation des hôpitaux et conclut que la rationalisation de l'utilisation des ressources publiques et la réduction de l'absentéisme constituent un levier majeur dans ce contexte de réforme⁵. Nous percevons bien là, une évolution des fondements de l'hôpital public qui sont impactés par une recherche d'équilibre financier.

1.2 Ces transformations induisent une rationalisation des ressources humaines

Conviendrait-il de réduire les coûts liés au « gaspillage » des ressources humaines ? En tout cas, c'est comme cela que sont interprétées les nouvelles transformations législatives publiques par de nombreux acteurs, fédérations hospitalières et organisations syndicales⁶.

Dans la revue de littérature, certains chercheurs, pour établir un lien entre les réformes et la gestion contrainte des ressources humaines, ont exploré plusieurs organisations de santé dans le monde qui s'apparenteraient à la logique française. Ces études montrent l'influence des réformes sur les organisations hospitalières (restructuration des secteurs, autonomisation, intensification du travail, décentralisation...) et sur les choix d'orientation organisationnels (évaluation d'indicateurs financiers, pression sur les effectifs...), sans pour cela attribuer des résultats probants sur le lien de cause à effet entre mutations hospitalières et la rationalisation des ressources humaines⁷. Pour autant, un lien subsisterait-il entre rationalisation des organisations et absentéisme ?

Pour clarifier cette étude, nous nous sommes intéressés à une recherche de 2012⁸ menée par Laurent BRAMI, Sébastien DAMART, et Frédéric KLETZ dans laquelle ils avaient interrogé l'impact des réformes hospitalières sur la gestion des ressources humaines (GRH) et notamment sur la constitution du phénomène de l'absentéisme soignant. Après avoir passé en revue les profonds changements dans les modalités de gestion de ressources humaines (RH) qui se sont succédés, ils ont mené une recherche empirique sur dix établissements hospitaliers, qui montre le lien entre les réformes des établissements de santé et l'absentéisme. Cette recherche souligne bien cependant, que contrairement aux études qui visent à dénoncer

⁴ L'objectif visé est que la somme des dépenses publiques soit inférieure ou égale aux recettes publiques (Bacache-Beauvallet, 2012).

⁵ Management et nouvelle gestion publique : limites et paradoxes de l'imitation du privé - Alex Alber Université de Tours – 2013 - Laboratoire CITERES (UMR CNRS)

⁶ En 2014, lors d'une conférence de presse, Gérard Vincent délégué FHF dit « on ne fera d'économie sans diminution d'effectifs ».

⁷ Gestion 2000 de nov./déc.2018. P.122 - Les conséquences générales des restrictions budgétaires imposées par le PNM sur les ressources humaines dans le secteur hospitalier public.

⁸ Laurent BRAMI, Sébastien DAMART, et Frédéric KLETZ «Réformes de l'hôpital, crise de l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants »Politiques et management public – 15 sept. 2012.

l'introduction brutale d'une logique de productivité par l'Etat, la volonté de trouver de nouveaux scénarios de fonctionnement et d'accompagnement des établissements de santé par les tutelles était privilégié. Ce qui ne prend pas en considération la seule dimension financière, mais bien à la fois l'amélioration des organisations de travail et la performance des professionnels.

En résumé, leurs conclusions révèlent tout d'abord que les différentes structures avaient des instruments d'évaluation et des outils de pilotage de l'absentéisme lacunaires et inadaptés, les modalités de calculs des chiffres liés à l'absentéisme étant mal connus ou souvent très différents d'un établissement à l'autre et n'autorisant par conséquent aucune comparaison.

Ensuite, que le lien entre absentéisme et réforme hospitalière est d'emblée institué dans les discours. Or, c'est à travers l'impact des transformations imposées sur les modalités d'organisation des activités que le lien entre réforme et absentéisme est indiqué.

Et enfin, que les contraintes de retour à l'équilibre ont principalement conduit à une gestion purement quantitative des effectifs, au détriment d'une gestion par les compétences, limitant, de ce fait énormément les marges de manœuvre pour la mise en place de dispositifs de la gestion de l'absentéisme. Ce qui contraint les cadres de proximité et une conduite du changement, qui a tendance à renforcer les effets contre-productifs des réformes et créer des tensions organisationnelles que le personnel de terrain doit subir en première ligne.

Cette question se révèle être à l'origine de problématique de désorganisations structurelles, en lien avec des réductions d'effectifs obligeant les cadres de santé à une sur-sollicitation des acteurs de terrain, pour pallier les absences inopinées.

Nous concluons donc, que la volonté politique d'un État, en s'inscrivant dans une logique de productivité, a généré de nombreux scénarii de restructuration et d'harmonisation des organisations hospitalières. Tout ceci ayant été relayé par les tutelles. Ce qui ne prend pas en considération la seule dimension financière, mais bien à la fois l'amélioration des organisations de travail et la performance des professionnels.

En conséquence, les orientations organisationnelles prises par les institutions hospitalières ont d'emblée souhaité procéder à des fonctionnements intégrés et des redimensionnements d'équipes, qui interrogent la problématique majeure qui nous occupe aujourd'hui, celle de l'absentéisme soignant.

1.3 Des cadres confrontés à une gestion humaine qui se raréfie.

De notre expérience, ce que nous constatons sur le terrain, c'est, qu'en cas d'absence inopinée l'organisation journalière est perturbée, un dysfonctionnement du service se fait rapidement sentir, et la surcharge de travail pour les présents est palpable.

La conséquence directe de professionnels absents au travail quel que soit le motif se traduit concrètement sur le terrain par un manque, ou encore plusieurs défauts dans la prise en charge. C'est-à-dire que le poste de travail non couvert va amener le cadre de santé de proximité à proposer une organisation dégradée qui va prioriser les parties du soin absolument nécessaires. La gestion de l'absentéisme est ressentie comme très chronophage, car même si cette tâche est assurément incontournable et essentielle pour organiser son service, le cadre y passe des heures entières. Ce temps occupé dans les plannings (surtout pour les équipes de plus de 20 ETP (Equivalent temps plein), nous le retrouverons dans notre recueil de données), ou encore au téléphone pour rappeler et négocier avec les agents, pourrait selon eux être consacré à autre chose de plus constructif et positif. Comment ressentent-ils cette « perte » de temps et la « pression » qu'ils utilisent pour faire revenir quelqu'un ?

Les cadres, pour leur part, du fait de leur statut de manager sont encore plus engagés dans la dimension humaine et organisationnelle de la prise en charge. Voir les soignants déployer des efforts considérables pour assumer leurs tâches, sans pouvoir leur assurer que ces situations d'absentéisme resteront exceptionnelles, et sans pouvoir leur garantir de les récompenser de leur remarquable dévouement accentue leur inquiétude. Cela ferait-il partie du « job » ? Est-ce la normalité, dans un contexte où le soin doit prendre en compte la personne humaine ? Un sentiment d'extrême frustration et d'injustice est dénoncé aujourd'hui par un encadrement qui, résigné semble désinvestir cette mission de gestion de l'absentéisme, alors qu'ils sont en première ligne dans la résolution de ces situations.

Il nous semble que si la culture soignante a été jusqu'à présent étrangère aux rapports de force et de conflictualité...aujourd'hui devant des conditions de travail à l'hôpital qui se dégradent, l'impact sur l'organisation des unités de soin est défavorable, et le risque d'altération de la qualité et de la sécurité des prises en charge, voire même d'altération de la qualité relationnelle des professionnels entre eux s'en ressent.

En tout état de cause, cet exposé conjoncturel nous amènera à enquêter sur une nécessaire recherche de clarification de la stratégie institutionnelle. Le directeur de soins, dans son approche managériale, est sensibilisé à cette question, car malgré tout l'absentéisme semble continuer de sévir. Pour le savoir, il nous semble opportun de se saisir des données reportées par les sociétés savantes et les différentes enquêtes sur le sujet.

Ce qui nous amène à redéfinir rigoureusement l'absentéisme dans le contexte des missions du fonctionnaire hospitalier.

2 DONNEES : L'absentéisme impacte la fonction managériale à l'hôpital.

2.1 Définition de l'absentéisme

Réelle préoccupation ancienne du monde des entreprises, le phénomène revêt aujourd'hui une importance particulière dans le secteur hospitalier. Le journal Le Figaro du 20 avril 2016 choisit ainsi un titre éloquent : « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital ». Cette année-là, une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, précise que le taux d'absentéisme dans la Fonction Publique Hospitalière est de 13%. Ce taux représente un nombre de jours d'absences par agent hospitalier égal à 39,8 jours soit le nombre le plus élevé de toutes les fonctions publiques. De quoi parlons-nous exactement ? Nous procéderons à une explication en deux étapes pour redéfinir l'absentéisme dans nos organisations hospitalières, d'abord sa définition normative, mais aussi ce qui participe à sa spécificité dans nos missions de service public hospitalier

Selon Denis MONNEUSE⁹, il semble coexister plusieurs terminologies. Qu'est-ce qu'être présent et qu'est-ce qu'être absent ? Suffit-il d'être présent pour ne pas être absent ? Qu'est-ce que l'absentéisme ? La question est rarement posée en tant que telle, quelle est la différence entre l'absence et l'absentéisme ? « L'absence correspond à un phénomène individuel, la non-présence physique à son poste d'un salarié, figurant à l'effectif, durant les horaires de travail prévus, n'est pas nécessairement négative : une absence peut être autorisée ou motivée. « *L'absentéisme, lui, désigne un phénomène collectif et une tendance ou un comportement*

⁹ Denis Monneuse-2009- AFNOR Editions - L'absentéisme au travail : De l'analyse à l'action !

considéré comme contraire à une attente sociale». (En son absence, les tâches doivent être réparties entre les présents).

Les données d'absentéisme annualisées par unité de soins ont été obtenues auprès du département des ressources humaines de l'hôpital. L'absentéisme a été calculé comme les jours ouvrés d'absence pour toutes causes, à l'exception des congés payés, des jours de repos et de la maternité (Weiss, 1979). Selon cette définition, l'absentéisme correspond à des absences effectuées pour divers motifs (par ex. maladies de courte durée, accidents de faible gravité, etc.) dont au moins une partie reflète des choix personnels en relation avec des motivations subjectives.

Certains chercheurs et statisticiens retiennent une définition très administrative, l'absentéisme étant vu comme le cumul des différentes catégories d'absences (maladie, maternité, accidents du travail, congés longue durée, etc.). L'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) a publié en 2009 un guide intitulé « L'absentéisme, outils et méthodes pour agir » dans lequel il donne de l'absentéisme la définition suivante : « *Toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé)* ».

Nous avons retrouvé des approches multiples de ce phénomène. Certains auteurs tels Tonneau.2003 ou encore Rad et Demoes.2009¹⁰, ont choisi d'étudier l'absentéisme dans différents secteurs et de le croiser avec la réduction du temps de travail passé à 35H, les caractéristiques spécifiques de l'institution, les spécificités complexes du métier de soignant, l'intensification du travail... Et d'autres comme Farrell et Stamm. 1988 exploreront aussi bien les conditions que les organisations vont mettre en place pour dégager l'impact de l'environnement de travail et l'organisation de travail sur l'absentéisme prédictif. Pour ces derniers, nous pouvons entendre par là, que la politique de mobilité, la flexibilité au travail, les modalités de coordination entre les acteurs...Effectivement une certaine autonomie organisationnelle ou non. (Modèle décrit par Dilts et al-1985) pourrait impacter favorablement l'absentéisme des employés.

Toutes aussi intéressantes et foisonnantes les unes que les autres, nous retenons les observations de L.Brami, S.Damart et F.Kletz qui notent huit catégories de variables pour caractériser et explorer l'absentéisme soignant. Ces variables sont reconnues comme « *jouant un rôle vraisemblablement à un méta-niveau, poussant les établissements à revoir leurs organisations de travail, changements repérés comme ayant un impact sur l'absentéisme* »¹¹. Ils évoquent ainsi, « *l'assiduité attendue des soignants, les attitudes par rapport au travail, l'intention de rester ou de partir, le stress ou l'épuisement professionnel, les caractéristiques des pratiques de management, les pratiques de gestion des ressources humaines, les caractéristiques démographiques des soignants, les caractéristiques du travail* ».

Ces différentes variables nous semblent liées à un facteur clef qui consisterait à retenir les travailleurs dans leur organisation, celui de la satisfaction au travail. Pour donner du sens à

¹⁰ Ali Mohammed Mosadegh Rad, Alison de Moares - Factors affecting employees' job satisfaction in public hospitals: implication for recruitment and retention. 2009 (les métiers qualifiés de l'hôpital).

¹¹ Laurent BRAMI, Sébastien DAMART, et Frédéric KLETZ « Réformes de l'hôpital, crise de l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants » Politiques et management public – 15 sept. 2012-P.546.

notre exploration, et rapprocher notre vision de la définition de l'ANACT cité ci-dessus, nous nous sommes rapprochés de la dimension purement immatérielle de l'absentéisme traitée par Frédéric Spinhirny¹² que nous reverrons dans le traitement théorique des concepts par la suite. Cette dernière nous paraît être une piste de réflexion particulièrement intéressante dans le cadre de notre étude qui cherche à favoriser les conditions d'exercice des cadres de santé dans le contexte de fort absentéisme soignant. D'autant que nous nous orientons en particulier sur l'attitude managériale à acquérir aujourd'hui en tant que cadre de santé pour faire face à cette gestion.

2.2 Une gestion qui déstabilise le management des cadres de santé.

Nous estimons utile de rappeler ici, que ce thème de l'absentéisme nécessite d'être exploré avec beaucoup de prudence. En effet, même s'il a fallu passer par là, l'étude des causes de l'absentéisme à la fois complexe, difficile à cerner et à analyser du fait de données chiffrées très variables selon les modes de calcul et les établissements, ne constituait pas ici de plus-value pour notre recherche. Toutefois, deux difficultés doivent être prises en compte (Léonard et al.1987). En premier lieu, son caractère multidimensionnel, et ensuite le fait que la mesure du phénomène est loin d'être évident au regard des organisations de travail. En effet l'ANACT (Agence nationale des et des conditions de travail) nous rappelle que l'absentéisme souffre d'idées reçues et même si les articles foisonnent sur ce sujet, peu d'analyses très fines de la problématique dans le secteur hospitalier ont fait d'objets d'études très poussées jusqu'à présent.

Aujourd'hui, faut-il envisager d'être formé différemment pour faire face à la gestion de l'absentéisme dans les hôpitaux ? Plusieurs notions concordent dans les propos des cadres de santé. A travers notre enquête exploratoire, nous avons pu nous procurer un échantillon d'éléments caractérisant le vécu de l'absentéisme au quotidien par des cadres de proximité et des cadres supérieurs coordinateurs paramédicaux de pôles cliniques. Cette phase de notre recherche nous aura orienté sur la formulation de nos axes d'investigation possibles, car l'analyse des effets particulièrement variés de cette gestion de l'absentéisme ne fut pas aisée quant à la limitation de son périmètre.

En effet, entre la possible perception d'injustice, le manque d'équité, et le manque de reconnaissance de la part de l'institution ressentis et exprimés par les cadres de santé qui se sentent emportés dans la spirale infernale de la gestion impossible de l'absentéisme au quotidien, nous nous sommes questionnés.

Trois types d'absentéisme sont à distinguer¹³, l'absentéisme structurel directement lié à la démographie de l'organisation, l'absentéisme conjoncturel résultant de la maladie des salariés et des suites d'AT sur lequel l'organisation gagne à agir sur la prévention des accidents et enfin l'absentéisme dysfonctionnel qui résulte de la lassitude et de la démotivation du salarié.

C'est bien de ce dernier type d'absentéisme dont il est question ici, et sur lequel le DS pourrait engager en collaboration avec le DRH, les partenaires sociaux et les représentants du personnel des actions de prévention relevant du management des RH et des compétences.

Dans ce contexte, le contrat social de ROUSSEAU.1989, apparaît être, avec force une évidence à ce moment-là, car nous pourrions l'assimiler à une brèche qui a l'air de s'ouvrir dans le contrat

¹² Hôpital et modernité : comprendre les nouvelles conditions de travail. 2018.

¹³ Michel Louazel Alain Mourier Erwan Ollivier Roland Ollivier Cécile Courrèges (Préface) (août 2018) Management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé. Les Presses de l'EHESP p.205.

psychologique entre le professionnel et l'institution hospitalière, et par ce fait supputer que, dans le contexte d'absentéisme hospitalier actuel « *l'organisation ne parviendrait pas à honorer ses obligations* » (Morrison et Robinson, 1997). Et c'est ce sentiment qu'expriment les cadres de santé interrogés¹⁴ devant une massification de la charge de travail à répartir sur les activités de soins.

Le sujet de la gestion de l'absentéisme vécue comme une crise nous a aussi interpellés, dans sa dynamique qui met en rapport la capacité des cadres à gérer l'évènement particulièrement caractérisé et l'organisation dans sa nature mouvante.

Auraient-ils les moyens de ne pas subir cet absentéisme massif ? Le risque étant identifié dans l'erreur à la fois humaine et organisationnelle possible dans la prise en charge du patient. Cela génère de l'angoisse chez les cadres de santé car ils expriment vivre de grands moments de solitude. En tout cas, l'élément qui a pu nous rapprocher de la définition de la crise, c'est bien le fait que les ressources ne semblent pas suffisantes pour couvrir les besoins. Seraient-ce des situations exceptionnelles qui se chronicisent ? L'intensité, la spécificité et la durée du phénomène d'absentéisme est ressentie comme inquiétante et suscite plusieurs variables auxquelles nous avons fait allusion tout à l'heure. Sauf qu'en cas de crise, très souvent la solidarité collective aurait tendance à se restaurer. Ce qui n'est pas le cas ici. Le cadre s'interroge sur sa capacité à rester ou à partir (pour se protéger d'une institution dans lequel il finit par douter de son appartenance), son assiduité, son attitude à avoir par rapport au travail de par le stress emmagasiné, mais aussi le doute sur ses compétences, sur sa propre image, mais aussi sur les pratiques managériales supérieures pour lequel la visibilité semble lui manquer.

10% d'entre eux, disent faire des choses qu'ils désapprouvent¹⁵. Sont-ils correctement formés à la communication, aux outils de gestion RH, à la répartition de la charge de travail ? Comment faire face à cette crise du management des hommes ?

La FHF, à travers son étude en 2016 avec Obéa sur 274 chefs d'établissements nomme très nettement la permanente dualité pour les cadres qui doivent faire face à des injonctions paradoxales dans ce contexte de restrictions budgétaires majoré par l'absentéisme. Concrètement une perte de sens de leur mission, une difficulté à prendre de la hauteur et une perturbation de leurs repères qui va jusqu'à perdre l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Il y a stress au travail quand la façon dont un collaborateur perçoit les contraintes liées à son environnement n'est pas en phase avec ses propres ressources pour y faire face. Le rôle des cadres, dans l'organisation du travail en fait des acteurs de premier choix dans la prévention et la résolution de ces situations, qui sont malheureusement loin d'être marginales.

2.3 Les conditions de travail des CS se dégradent.

Il semble avéré que plus les contraintes sont élevées, plus les conditions de travail sont dégradées selon l'enquête DARES¹⁶ de 2016. Cet objectif pour les institutions de réduire les coûts n'est pas sans conséquence sur la gestion des ressources humaines, les relations de travail et les conditions de travail à l'hôpital pour les CS.

¹⁴ Annexe 1 : Résultats de l'enquête exploratoire.

¹⁵ <http://www.managerattitude.fr/92798101/le-manager-et-la-prevention-des-risques-psychosociaux.html>

¹⁶ DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

Quelques indices extraits de notre pratique de terrain nous montrent bien que les cadres ne s'y retrouvent pas face à cette réalité troublante sur laquelle il semble pourtant y avoir, des leviers à identifier.

Nous sommes effectivement, interpellés en tout premier lieu par la violence des conflits de toutes sortes, par le délitement du lien socio-professionnel, par le désengagement des soignants dans la continuité des soins et par l'altération de la qualité relationnelle. Cette question de la gestion de l'absentéisme semble générer diverses tensions et conflits de valeurs, notamment celle de la solidarité collective.

En premier lieu, des conflits entre les soignants eux-mêmes, certains, s'estiment sur-sollicités et peuvent être fatigués, surmenés, moins réceptifs à une collaboration. Ces derniers pouvant aller jusqu'à discriminer les collègues absents car ils sont rongés par le sentiment du travail bâclé.

Deuxièmement, des tensions entre les cadres et leurs équipes, les soignants ne supportant plus que le cadre les rappelle sur leurs portables, ils ont le sentiment que leurs droits à la déconnexion, et au repos est bafoué, jusqu'à parler de harcèlement. Le dialogue social est compliqué, et le manque de reconnaissance est prégnant aussi bien chez le soignant que chez le cadre.

Troisièmement, des pressions plus ou moins contenues entre les CS et/ou entre CS et leur cadre supérieur de pôle. Le dialogue social n'étant pas fluide, les valeurs sont bousculées et un fossé aurait tendance parfois à se creuser entre les cadres de proximité et les cadres supérieurs coordonnateurs de pôle.

Et pour finir, les CS ou le CSSP se désengagent en faisant appel à la cellule de gestion centrale de remplacements ou directement en faisant appel à la direction des soins par la rédaction de fréquents mails qui font état de la situation d'absentéisme sans proposition d'organisation dégradée.

Afin d'étayer nos propos par des chiffres, nous nous référons à une enquête de la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) sur les « Conditions de travail- Risques psychosociaux », publiée en 2016¹⁷. Les chiffres qu'elle révèle illustrent comment se manifestent les RPS : 45 % des actifs déclarent devoir (toujours, souvent) se dépêcher, 25 % devoir cacher leurs émotions, faire semblant d'être de bonne humeur (toujours, souvent), 30 % signalent avoir subi au moins un comportement hostile dans le cadre de leur travail au cours des 12 derniers mois, 10 % disent devoir faire des choses dans leur travail qu'ils désapprouvent, et 25 % craignent de perdre leur emploi.

Les RPS ont de lourdes conséquences sur la santé de leurs victimes. Selon une étude de 2012, 50 % des maladies cardio-vasculaires seraient causées par du stress et des risques psychosociaux, en particulier chez les cadres. De fait, la répétition de ces situations délétères provoque des troubles, qui à la longue peuvent conduire au burn-out. Cet état d'épuisement professionnel, tant psychique que physique, survient à la suite d'un excès d'investissement dans l'exercice de ses fonctions.

Au total, nous remarquons que l'absentéisme tel qu'il est géré pourrait poser la question de la compétence technique et émotionnelle des CS. Ce qui pourrait nous laisser penser qu'il ne s'agit pas de combler uniquement le manque par la ressource, mais bien de trouver des solutions profondément restructurantes, cohérentes, consistantes et pérennes.

¹⁷ Manager attitude : <http://www.managerattitude.fr/92798101/le-manager-et-la-prevention-des-risques-psychosociaux.html>

Les questions fusent : Comment le cadre de santé communique-t-il avec ses équipes ? Quelle posture adopte-t-il dans ces situations de gestion difficile ? Pourquoi certains cadres y arrivent-ils et pas d'autres ? N'y a-t-il quand même pas une place à prendre par le cadre pour préserver la valeur « équipe » ? Quelles sont ses compétences techniques dans l'utilisation des logiciels de gestion de temps et les plannings ? Ont-ils des temps de débriefing pour analyser ces situations entre cadres et avec la direction des soins ? Ont-ils les moyens de manager ces incertitudes ? A ce moment de notre réflexion, nous orienterons nos recherches sur la notion de recherche de bien-être au travail par la satisfaction d'un contenu de travail bien fait, reconnu, et répondant aux exigences de terrain en termes d'équité et de bonne répartition des ressources.

3 CONCEPTS : la qualité de vie au travail de l'encadrement et le management

3.1 La qualité de vie au travail à l'hôpital

Pour débiter ce chapitre qualité de vie au travail, il nous paraît important de rappeler que deux enjeux nous interpellent : D'abord, la QVT est indissociable de la satisfaction du patient. Même si nous n'avons pas choisi dans ce mémoire de traiter de la qualité des soins, c'est un champ qui est complètement intégré dans notre réflexion, il reste constamment en toile de fond car il constitue l'objectif principal de notre recherche. Au même titre que la qualité des soins, la QVT fait référence à l'usager qui consomme aujourd'hui autrement. Il s'est vu élargir ses droits¹⁸ au regard de sa propre santé et en devient désormais l'acteur.

Ensuite la qualité de vie au travail se préoccupe de « Prendre soin de ceux qui nous soignent », elle inclut également la prévention des risques psycho-sociaux dans l'objectif d'améliorer plus globalement la santé au travail.

Dès lors, il nous semble judicieux de redéfinir la QVT :

En 2013 telle qu'elle est reprise par la HAS. « *Qualité de vie au travail signifie : Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte (ANI, juin 2013)* ». Cette définition met en exergue une perception du travail réalisé, à travers deux paramètres qui sont les capacités d'expression et d'action et les conditions d'emploi qui vont permettre d'apprécier le contenu du travail. Dans notre contexte, nous pourrions déjà constater que si la capacité d'expression est aujourd'hui libérée, la possibilité d'agir sur le contenu l'est beaucoup moins.

F. Spinhirny¹⁹, lui, revendique une approche autrement plus complète que cela, en disant « *l'hôpital devient un organisme vivant, devant non seulement assurer la sécurité physique des travailleurs, mais devenir attractif pour séduire, et capter durablement les émotions positives des individus. Dès lors, seuls les facteurs émotionnels vont faire l'objet d'études poussées en management afin de lier durablement travail et bonheur, et enfin éradiquer ce réflexe classique de la culture française qui réduit le mot travail à son étymologie « tripalium », instrument de torture.* » Ce qui nous permet de découvrir que les règles ont évolué. La notion de satisfaction au travail est remplacée par la recherche d'un bonheur durable au travail.

¹⁸ Lois Kouchner du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹⁹ F. Spinhirny. Hôpital et modernité : comprendre les nouvelles conditions de travail. 2018.

Et nous retiendrons enfin, la définition du ministère des solidarités et de la santé qui dit que « *La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations. Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. Elle appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain. Elle n'est pas limitée à certaines personnes désignées, elle est l'affaire de tous.*»²⁰

Définition entièrement corrélée à celle de la HAS qui exprime « Dans ce contexte où les marges de manœuvre semblent se réduire, la qualité de vie au travail ouvre de nouvelles voies pour favoriser des initiatives multiples s'inscrivant dans le sens premier de la mission hospitalière : soigner et prendre soin ». Elle dit aussi, « Aujourd'hui, les acteurs du secteur partagent une conviction forte : plus celles et ceux qui travaillent dans les établissements de santé se sentiront reconnus, mieux chaque personne malade sera soignée et mieux elle sera accompagnée. »

Toutes ces définitions nous amènent à fortement reconsidérer les facteurs sociétaux, liés aux conditions et à l'organisation de notre travail hospitalier. Nous parlons ainsi, des arguments liés aux changements de la société sur lesquels l'hôpital a dû faire évoluer son regard.

Nous soutenons de ce fait la FHF qui considère que le concours aux démarches participative QVT conduit le collectif de travail à réinterroger les organisations pour retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité. Qu'importe la définition que prendra cette notion, l'idée étant de ne pas vivre le travail comme une souffrance, en extrayant les bénéfices de la QVT comme élément facilitant une meilleure compréhension de soi.

En définitive, il serait judicieux d'avoir une base de lecture différente, pour aborder plus sereinement le management, même quand tout bouge. Si de nombreux facteurs sont difficilement maîtrisables, l'idée depuis 2016 d'une culture renouvelée de diagnostic a fait naître un dispositif d'actions collectives par la méthode d'évaluation du travail réel de terrain que constitue la dynamique de cluster social. Un processus d'apprentissage collectif piloté régionalement et rassemblant médecins, administratifs, soignants, cadres, direction, organisations syndicales et salariés.

Au total, c'est une thématique complètement transversale portée avec l'ensemble des acteurs, elle doit être non seulement conduite à l'intérieur des organisations des unités de soins, mais aussi dans l'ensemble de l'institution. Elle fait partie intégrante d'une politique globale de l'institution soutenue et appuyée par tous les managers. Ce qui pourrait nous laisser penser que si la désorganisation est une conséquence de l'absentéisme, les organisations bien construites seraient moins menacées par l'absentéisme.

²⁰<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

3.2 La Qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement

Actuellement, nous constatons, qu'à travers les nécessités répétées de médiation dans les conflits liés à l'absentéisme, une réelle préoccupation des managers de santé s'en ressent. Cela met en lumière, une volonté de saisir l'opportunité de ce danger pour réinterroger, nos organisations, nos modes de fonctionnement et consulter la qualité de vie au travail des managers hospitaliers.

Même si les modalités de gestion de l'absentéisme sont différentes selon les établissements de santé, elles se limitent aux choix du mode de remplacement qui ne semble pas être totalement explicité voir maîtrisé par les CS. Une gestion de l'incertitude pourrait constituer le lien avec la question de la qualité de vie au travail. Aujourd'hui, la compréhension, l'intégration et l'appropriation par les cadres d'un nouveau modèle, saurait induire l'émergence de valeurs professionnelles collectives, et pourrait être en faveur de l'évolution de l'hôpital vers un monde moderne. Les cadres tiennent une place singulière dans les unités de soins, et peuvent influencer les organisations de soins.

Les risques psycho-sociaux²¹ pour les équipes d'encadrement sont réels, si nous nous référons à une enquête de la DARES²², les managers sont aux premières loges. Pas moins de 68% des salariés considèrent leur travail comme nerveusement fatigant, selon le Baromètre « Santé et bien-être au travail » de Malakoff Médéric 2014). La même étude nous apprend également que 35% des cadres seulement déclarent pouvoir prendre des décisions à leur poste (contre 42 % en 2012, 54 % en 2010), et que 32% des collaborateurs se déclarent fortement exposés au défaut de clarté de l'organisation (contre 29 % en 2012). 37% ne sont tout simplement pas confiants en leur avenir au sein de l'entreprise. C'est dire l'importance de l'organisation du travail et du mode de management !²³

Récapitulons, nous avons extrait des retours de terrain, des éléments de revue de littérature et de définitions conceptuelles les éléments qui nous permettent de dire que la qualité de vie au travail de l'encadrement est mise à mal. Ainsi, comme cités précédemment dans le chapitre 2.3 la qualité de vie au travail des CS se dégrade, le manque de reconnaissance, le conflit de valeur, l'altération de la qualité relationnelle entre professionnels, la difficulté de circulation de l'information, la perturbation de l'image de soi, le manque de solidarité collective, la perte de sens dans le contenu du travail sont autant d'éléments que nous allons tenter de capter et de comprendre à partir des entretiens, pour permettre au DS d'agir.

Nous constatons, que la corrélation entre les interactions sociales autour du poids supporté par les conséquences de l'absentéisme et la demande d'efficience est établie. De quelle manière se saisir des questions clés qui en ressortent pour améliorer à la fois le bien-être au travail et les organisations de soins sachant que la plupart des DRH qui se sont penchés sur le sujet préconise la mise en œuvre d'une politique pluridimensionnelle pour s'adapter à ses manifestations ?

²¹ RPS : La Direction générale du travail les définit comme des risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et/ou les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ils se déclinent en trois types de risques : stress au travail, harcèlements (moraux, sexuels), violences et incivilités (internes ou externes à l'entreprise).

²² DARES « Conditions de travail- risques psycho-sociaux » publiés en 2016

²³ <http://www.managerattitude.fr/92798101/le-manager-et-la-prevention-des-risques-psychosociaux.html>

Nous reconnaissons donc qu'une mue managériale des cadres de santé va devoir s'opérer. Comment permettre aux cadres de santé de traduire les valeurs d'efficacité et d'efficience particulièrement fondamentales aujourd'hui dans un contexte économiquement contraint, sachant que les valeurs du bien commun sont à préserver ?

Au total, si le management public, a engendré des évolutions juridiques et organisationnelles, en matière de gestion des ressources humaines qui constituent probablement le point le plus sensible de la réforme de l'État, les équipes de direction des établissements de santé doivent relever le défi et faire preuve de créativité pour permettre une soutenabilité humaine du travail et éviter l'écueil qui consisterait à attribuer au management public la responsabilité de la question de la souffrance au travail et la dégradation des relations de travail²⁴.

3.3 Un management du DS qui intègre la QVT des cadres

Comme le préconise Alex ALBER (2013) la managérialisation du secteur public ne doit pas s'interdire d'évoquer les difficultés éthiques, étroitement corrélées aux questions démographiques et d'absence au travail. Nous l'avons vu, tout au long de ce déroulement, le thème important de l'absentéisme impose une réflexion globale et un indicateur social à déterminer avec attention dans nos établissements de santé, notamment pour le directeur des soins car l'enjeu est double.

A la fois, il a la responsabilité de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients et donc leur satisfaction, et en même temps il s'assure de la compétence du personnel paramédical qui représente la plus grosse part du personnel hospitalier.

En effet, analyser et étudier l'impact de la difficulté de gestion de l'absentéisme sur la qualité de vie au travail des cadres de santé préoccupe le directeur des soins, mais s'inscrit dans une politique d'établissement définie par Directeur Général conduite par le DRH avec les partenaires sociaux. Le DS, de par sa position dans la politique de soin en tant qu'acteur leader d'une stratégie en mutation, doit garantir que des solutions soient trouvées pour permettre un fonctionnement qualitatif des unités de soins et de la filière.

La QVT vient se greffer à présent à la stratégie managériale de nos hôpitaux, elle ne doit pas être considérée comme un projet supplémentaire, mais bien une ressource qui concerne tous les projets car l'hôpital change avec ses nouvelles organisations. « *L'objectif étant d'associer les professionnels concernés par le changement pour tenir compte de leur expérience et de leur connaissance des activités dans la préfiguration d'une nouvelle organisation* » développe Anne-Marie GALLET, chargée de mission au département Outils et méthodes de l'ANACT (Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail).

Qualité de vie au travail, sécurité et qualité des soins, performance des établissements, trois éléments qui constituent à nos yeux, une même dynamique, et qui cependant requiert un grand nombre d'expérimentations pour s'ancrer avec réalisme sur le terrain.

En fin de compte, tous s'accordent pour dire que la collaboration avec l'ensemble des acteurs institutionnels (direction générale, directions fonctionnelles, service de la santé au travail, partenaires sociaux, encadrement, etc...) apparaît comme étant indispensable pour lutter

²⁴ P.203 Chapitre : Les conditions de l'engagement au travail : levier d'un management du bien-être au travail – Christelle ROUTELOUX Le manager en santé.2018

efficacement contre ce fléau. Certains chercheurs affirment même que le soutien social du supérieur hiérarchique à des membres de son équipe a un effet modérateur sur la relation entre le stress au travail et l'épuisement professionnel²⁵.

Pour autant, cette gestion, au vue de l'impact humain qu'elle peut avoir, nous a amené à nous interroger sur la part d'émotionnel et d'humain que cela peut représenter pour un CS dans son management. Nous avons éludé un peu la question, quand nous avons évoqué brièvement dans les symptômes, le dialogue social difficile et la manière de communiquer du cadre à la fois avec ses équipes et ses collaborateurs médicaux, toutefois il nous semble que cela aille plus loin que ça.

Nous avons cherché à identifier aux collaborateurs encadrants des compétences que pourrait accompagner le DS pour potentiellement restaurer ce contrat psychologique qui semble aujourd'hui cassé. Pour cela, nous avons creusé et trouvé deux notions qui pourraient s'apparenter à quelque chose qui serait de l'ordre de la « capacité relationnelle ou peut être émotionnelle » du CS. Le concept de leadership émotionnel et de servant leadership²⁶ nous est apparu dans les lectures. Pour autant, il nous semble bien qu'il s'agirait là de solliciter des attitudes qui pourraient servir les transformations hospitalières actuelles.

Le « *servant-leadership* » un modèle d'origine américaine qui pourrait se traduire par « *leadership par le service* » son management des hommes et des organisations offrirait vraisemblablement de nouvelles réponses opérationnelles et efficaces à de nombreux problèmes de management des hommes. Il pourrait répondre au « malaise des cadres », dénoncé au grand jour ces dernières années à l'occasion de suicides liés à des causes professionnelles. (Légeron, 2003 ; Bachelard & al, 2008 ; Thebaud-Mony & Robatel, 2009)

Il s'agirait par exemple de revenir sur notre expertise de soignant par un management par la clinique, cela nous parle à tous, correspond à nos pratiques, et a du sens pour les équipes sur le terrain car la performance de nos organisations de soins est attendue.

Le « *leadership émotionnel* » : traduirait pour sa part la capacité pour le leader à faire appel à son intelligence émotionnelle dans son management. Communiquer efficacement, gérer ses émotions et coopérer pour trouver rapidement des solutions, mais également avoir une propension à entrer en relation avec son équipe "humainement parlant", c'est à dire dans une dimension intégrant la compréhension et l'empathie pour favoriser l'engagement de son équipe, à la motiver et à lui permettre de performer.²⁷ Nous constatons là des compétences pour lui mais aussi pour son collaborateur en face, ce qui pourrait possiblement permettre de travailler sur ce sentiment d'appartenance à l'institution, une probable confiance à restaurer.

La littérature fait état de ces deux attitudes de manager relativement différentes, qui selon nous pourraient constituer deux attitudes managériales contribuant au leadership transformationnel. Ne recherchons nous pas à développer de nouvelles compétences pour répondre à nos difficultés de mutation actuelles dans les interactions sociales entre collaborateurs ? Peut-être que, pour tenter d'écourter ce temps d'adaptation sociale qui nous semble si long, eu égard aux mutations politiques si rapides, nous aurions intérêt à nous rapprocher du modèle américain par exemple : L'hôpital « magnétique » où il fait bon travailler et où il fait bon se faire soigner, et dans lequel le leadership transformationnel s'est vu approprié. Ce concept qui allie la

²⁵ Chapitre : La conduite des organisations de santé. P.215 Les conditions de l'engagement au travail. Levier d'un management du bien-être au travail – Christelle ROUTELOUX Le manager en santé.2018.

²⁶Le « servant leadership » : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management
Daniel Belet Dans Gestion 2000 2013/1 (Volume 30), pages 15 à 33

²⁷https://www.horizons-decisionnels.fr/Quel-lien-entre-un-leader-et-l-intelligence-emotionnelle_a153.html

bienveillance vis-à-vis des patients comme du personnel, l'autonomie dans un cadre organisé par les normes professionnelles, la complémentarité des actions des pouvoirs administratif, médical et soignant visant la responsabilisation et la coopération nous a semblé pertinent.

En matière de GRH, les implications pratiques de ce concept de « Magnet Hospital » confèrent une dimension bien plus stratégique en conditionnant la qualité des soins à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Il ordonne une rupture avec l'approche exclusivement pathogénique de l'organisation en se basant sur la valorisation des salariés comme principale ressource de l'entreprise (Lachmann et al. 2010). Pour cela, il préconise de rendre appui sur les capacités organisationnelles et managériales positives existantes pour répondre au contexte d'aujourd'hui.

Au total, nous convenons donc que l'aptitude à manager des cadres de santé et à protéger leur qualité de vie au travail dans ce contexte singulier doit envisager des réponses institutionnelles au risque psychosocial et à la perte de sens de leurs missions. Une vision partagée par C. ROUTELOUS. La question fondamentale des « conflits de valeurs » et de leurs effets est en train de se voir transposée, à une échelle beaucoup plus importante, dans le secteur public dans son ensemble. « *Et le soutien managérial et organisationnel de la direction pourrait permettre de mobiliser un environnement de travail capacitant.*²⁸ »

Notre enquête tentera de relever les éléments concordants qui s'assimileraient à une nécessaire posture managériale des cadres de santé, visant à servir les collaborateurs dans le sens d'une plus-value sociale, mais également pour la performance des organisations cliniques et la qualité des prises en charge.

Nous formulons de ce fait, la question de départ comme suit :

En quoi le management du DS peut-il influencer sur la qualité de vie au travail (QVT) de l'encadrement dans un contexte de fort absentéisme soignant ?

Les sous-questions mises en évidence et qui serviront d'axe d'exploration sont les suivantes :

- L'absence de « reconnaissance » par la hiérarchie pourrait être source d'une dégradation des conditions d'exercice des cadres ? (Ils parlent d'un manque de reconnaissance de l'effort fourni qui altère leur qualité de vie au travail). Cela pourrait permettre de déduire la sous-question 1 : La reconnaissance des managers par une politique institutionnelle revalorisant un projet managérial participerait à l'amélioration des conditions d'exercice professionnel des cadres de santé.
- Le manque de lisibilité de la politique RH favoriserait leur désengagement dans la gestion de l'absentéisme, (Ne leur permet pas de maîtriser les outils - connaissances et compétences) ? La sous-question 2 pourrait postuler que des formations RH formalisées pour les cadres pourraient favoriser des compétences en lien avec la gestion de l'absentéisme.
- La structuration polaire entraînerait un manque de collaboration/Coordination et coopération inter pôle qui ne favorise pas la gestion de l'absentéisme (La rationalisation, la priorisation et l'allocation des ressources humaines semble arbitraire et disparate en fonction des pôles) ? Cela fait émerger la sous-question 3 : Un outil de charge de travail, permettrait-il d'accompagner les cadres dans l'objectivation et l'optimisation de l'utilisation des ressources à allouer sur les différents pôles ?

²⁸ P.203 Les conditions de l'engagement au travail : levier d'un management du bien-être au travail – Christelle ROUTELOUX Le management en santé.2018.

PARTIE 2 : ENQUETE

1 La Méthodologie

Dans notre partie théorique, nous avons pu appréhender le fait que, si le climat conjoncturel d'absentéisme soignant n'a pas comme cause directe les réformes hospitalières, les stratégies d'établissement soumis à des contraintes budgétaires importantes, conjuguant restructurations architecturales et adaptations des nouvelles organisations mutualisées pourraient bien y être pour quelque chose. Des tensions sont générées par l'intensification des tâches, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, les rapports sociaux dégradés et les conflits de valeur. Le présentisme des soignants est ainsi bien affecté par l'environnement psychosocial au travail qui va à la fois impacter défavorablement la qualité des prises en charge et déstabiliser le management des cadres de santé. Nous nous attacherons à compléter notre question de recherche en nous plaçant du point de vue des managers d'équipes pour comprendre ce qui pourrait leur être apporté comme solutions à l'heure où les choses s'aggravent.

1.1 Domaine D'observation

Exerçant au préalable dans un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de taille moyenne avec un capacitaire de 1300 lits en outre-mer. Nous avons choisi d'enquêter sur deux autres établissements hospitaliers de taille similaire pour rester dans **une cohérence de taille**. Toutefois, même si ces structures étaient de même caractéristique sanitaire, elles étaient différentes par leur champ de discipline et leur lieu d'implantation géographique. En effet, le Centre Hospitalier A se situe dans l'Hexagone et assure le recours en santé mentale de la zone, et le centre hospitalier B se trouve en Suisse et assure un rôle dans le soin médical et la recherche universitaire et médicale du canton. L'autre élément essentiel à retenir, c'est que pour ces organisations hospitalières, **le langage** (lexique²⁹), s'il n'est commun est tout à fait assimilable voire très proche.

Deux niveaux d'observation : Durant nos périodes d'immersion, nous étions installés dans l'organisation stratégique même des établissements. C'est-à-dire que la place que nous avons occupé durant ce temps de stage, et nous en remercions aux passages nos tuteurs, nous a permis de rentrer dans le cœur de la fabrique de décision. C'est comme si nous étions assis sur un strapontin confortablement installé en hauteur et équipé de nouvelles lunettes. Cette place d'observateur, nous a permis une audition directe des échanges, une vision des comportements et des liens entre les différents membres de la direction et notamment entre les DG/DRH/PCME et DS. Nous avons donc pu observer comment était construite la politique institutionnelle de gestion des ressources humaines d'une part et d'autre part, nous avons pu réaliser des entretiens avec les acteurs.

Les acteurs concernés : S'il nous a paru évident de nous rapprocher des cadres de santé en priorité dans cette recherche, nous ne pouvions pas nous priver d'interroger des DS et DRH qui sont au cœur même des remontées de l'encadrement devant leurs difficultés de gestion de l'absentéisme.

²⁹ Tableau p.25 : lexique CH.A et CH.B

1.2 A l'écoute du terrain : Démarche exploratoire.

Comme nous l'avons précisé, nous avons confronté notre première question au terrain ; à savoir, « En quoi l'accompagnement des cadres de santé dans la gestion de l'absentéisme pourrait-il favoriser une amélioration de leur condition de travail ? »

Nous ambitionnions de comprendre, d'apprécier les difficultés qu'ont les cadres dans la gestion de l'absentéisme si absentéisme il y a. Des entretiens ouverts et structurés, seront réalisés auprès des professionnels encadrant concernés par la gestion de l'absentéisme à l'hôpital pour comprendre comment mieux les aider dans cette gestion difficile.

Pour cela, nous choisissons donc d'observer un CHSCT extraordinaire sur les conditions de travail, et de réaliser 4 entretiens, à visée exploratoire avec des cadres de profil différent dans l'objectif :

- D'une part, de s'enquérir du fait que l'absentéisme soignant est une vraie réalité et qu'elle est perçue comme un phénomène qui s'accroît dans nos établissements hospitaliers ; Quelle perception et quelle réalité ?
- Et d'autre part que sa gestion est vécue difficilement au quotidien par les cadres de santé pour des raisons qu'il fallait clarifier.

4 entretiens ont pu avoir lieu dans le CH. A :

- Un AAH assistant RH, (récent à ce poste) ayant une mission de préventeur, nous a brossé le contexte de l'établissement et nous a communiqué les chiffres officiels et les plans d'action en cours en lien avec la problématique de l'absentéisme. Il nous a paru important de savoir comment elle peut être conçue et structurée, et à partir de quels outils ?
- Un cadre de santé supérieur coordonnateur paramédical de pôle, ayant une ancienneté de 35 ans dans l'établissement et 10 ans dans le grade. Il assure de la permanence d'encadrement au sein du pôle et la gestion indirecte de 90 ETP soignants.
- Un cadre de santé de proximité ayant une douzaine d'années d'ancienneté, assurant la gestion d'une unité de 25 ETP soignants, qui participe aux permanences d'encadrement des unités de soins.
- Un faisant fonction de cadre de santé depuis 20 mois, sur une unité de soins, assurant l'encadrement de 30 ETP soignants.

Ces entretiens, réalisés auprès de cadres de profils et d'ancienneté différents n'avait pas pour but d'être représentatif de la population. Notre recherche s'appuyant sur une étude essentiellement qualitative, les entretiens ont été réalisés pour reconstruire l'univers dans lequel on travaille. Ils ont duré environ 1H00, se sont réalisés rigoureusement dans leur bureau respectif, (vers lequel je me suis déplacée). Ils avaient été planifiés au préalable afin de maximiser la disponibilité des interviewés.

Globalement, nous dirons que aussi bien pour la phase exploratoire que pour l'enquête, ils ont répondu présents à l'étude sans réticence aucune. Je dirai même plutôt enthousiaste, car ils se sont sentis particulièrement concernés par cette problématique de l'absentéisme.

Ce sont les éléments concordants et identifiés dans cette pré-enquête, notamment dans les points faibles de l'organisation (Cf. verbatim de l'ANNEXE 1³⁰) qui nous permettrons d'orienter notre enquête de terrain. Effectivement les axes d'exploration seront précisés et mis en évidence à partir de cette démarche exploratoire. Ainsi, les questions font émerger et orientent nos sous-questions, comme des éléments à aller vérifier. Au regard des éléments théoriques, et sans véritablement postuler sur ce que nous allons bien pouvoir trouver, nous avons resserré un peu le périmètre, même s'il nous a paru très difficile de ne pas ouvrir d'autres portes éventuelles.

Les questionnements émergents sont les suivants :

- L'absence de « reconnaissance » par la hiérarchie pourrait être source d'une dégradation des conditions d'exercice des cadres ? Quelle reconnaissance institutionnelle des CS, un projet d'établissement intégrant un projet managérial pourrait valoriser leur rôle dans la gestion de l'absentéisme ? (Ils parlent d'un manque de reconnaissance de l'effort fourni qui altère leur qualité de vie au travail, un besoin de soutien de la DRH). Cela pourrait permettre de déduire notre première sous-question : **La Reconnaissance institutionnelle du CS dans un projet managérial valoriserait-elle son rôle dans la gestion de l'absentéisme ?**

- Le manque de lisibilité de la politique RH ne favoriserait pas leur engagement dans la gestion de l'absentéisme, (Ne leur permet pas de maîtriser les outils - connaissances et compétences) ? La seconde sous question pourrait postuler que des formations RH formalisées pour les cadres pourraient favoriser des compétences en lien avec la gestion de l'absentéisme : **Des formations internes et collectives aux outils RH pourraient-elles permettre d'augmenter les compétences et auto-fédérer les CS ?**

- La structuration polaire entrainerait un manque de collaboration/Coordination et coopération inter pôle qui ne favorise pas la gestion de l'absentéisme (La rationalisation, la priorisation et l'allocation des ressources humaines semble arbitraire et disparate en fonction des pôles) ? La troisième sous question nous orienterait sur, un outil de charge de travail, permettrait-il d'accompagner les cadres dans l'objectivation et l'optimisation de l'utilisation des ressources à allouer sur les différents pôles ? **L'objectivation de la charge en soins pourrait-elle faire émerger une collaboration inter-pôle pour une répartition équitable des ressources ?**

1.3 Instruments d'observation et collecte des données

1.3.1 Instruments d'observation

Comme convenu, nous partons, à la recherche de professionnels connectés au terrain, Leur opinion sur la procédure de gestion de l'absentéisme inopiné, mise en place dans leur institution ? Leur marge de manœuvre, les prises de décision, le périmètre d'action possible, les impacts sur la qualité, de condition de travail et d'évaluation ?

Nous saisissons l'occasion de l'immersion professionnelle pour réaliser notre étude.

Premier stage : CH. A : stage réalisé du 25 février au 22 mars 2019

Second stage : CH. B : stage réalisé sur la période du 03 au 16 juin 2019.

³⁰ ANNEXE 1 : Restitution de la démarche exploratoire. (Guide d'entretien de la pré-enquête, analyse du CHSCT et tableau de recueil des données).

Dans deux milieux hospitaliers similaires en termes de capacitaire en lits, qui emploient les mêmes catégories de personnels et les mêmes métiers pour les mêmes missions professionnelles (à quelques nuances prêt), même si l'histoire et le contexte sont différents, pourquoi ne pas tenter de voir si nous retrouvons des éléments de diversifiés dans le critère de « la gestion de l'absentéisme par les cadres » ?

La collecte des données s'est faite sur un mode plutôt conventionnel, c'est à dire que nous choisissons de poursuivre, à cette phase de la recherche par des entretiens individuels sur deux lieux de stage.

Annoncé par le DS tuteur de stage, les différents acteurs susceptibles d'être questionnés ont été informés et prévenus de mon sujet de recherche.

Quand bien même le récit était orienté (ANNEXE 2³¹ : Guide d'entretien), les questions ont pu être posées parfois dans le désordre et de manière plutôt spontanée, le guide d'entretien nous aura plutôt facilité des relances pertinentes. Sur le style narratif, dès la première question l'interviewé est amené à raconter ouvertement la problématique de l'absentéisme dans son établissement. Afin de nous permettre une facilité dans les échanges telle une conversation, les entretiens furent enregistrés sur un support audio phonique.

Nous n'avons pas fait de retranscription écrite complète des entretiens, mais plutôt un tableau des éléments concordants et un retour des verbatim particulièrement évocateurs des éléments humains et émotionnels lors des échanges au fur et à mesure de l'analyse.

1.3.2 Les données à recueillir

Au regard des sous questions posées, nous avons définies les objectifs recherchés à travers ces entretiens. Les outils, supports et dispositifs en lien ont été interrogés. Cf. ANNEX 2.

1.3.3 Les indicateurs

Pour aborder les multiples dimensions que chaque hypothèse laisserait entrevoir, et pour organiser une réponse qui s'articulerait autour d'un management devant répondre favorablement aux conditions de travail des cadres, nous avons fait correspondre à chaque sous-question ses indicateurs théoriques. Il convient donc de trouver à travers les faits et les comportements qui nous seront relatés ceux qui serviront nos indicateurs.

³¹ Guide d'entretien de l'enquête.

AXE DE TRAVAIL	Valoriser le rôle des CS par la Reconnaissance institutionnelle dans un projet managérial.	Augmenter les compétences managériales et auto-fédérer les CS par des formations internes et collectives aux outils RH	Faire émerger dans les pôles la collaboration et la solidarité collective à partir d'une répartition équitable des ressources par Objectivation de la charge en soins
OBJECTIF	Avoir le sentiment d'appartenance institutionnel	Professionnalisation, responsabilisation et autonomie des cadres par la compétence	Collaboration professionnelle et Satisfaction usager.
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Sens du travail, - - Objectifs partagés, - cohésion, - reconnaissance, - juste place du cadre, - sentiment d'appartenance, - engagement institutionnel collectif 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation des CS, - Compétences managériales, - compréhension des dispositifs, - structuration du travail, - méthode commune, - partage des outils, - exigences émotionnelles partagées, 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration et coopération interpole, - amélioration des rapports sociaux, - solidarité collective, - Organisations des soins, - audits, ratios, - fiches de poste, - attribution d'effectif cohérente, - adéquation Besoins/ressources

2 LES LIEUX D'ENQUETE

Nous allons faire un comparatif entre deux établissements de santé public dans deux pays européens. L'un dans l'hexagone, et l'autre en Suisse. Il ne s'agira pas pour nous de remettre en cause l'identité de la structure, mais d'avoir une approche par la méthode comparative qui nous permettrait d'analyser des données concrètes pouvant éventuellement expliciter la genèse de la configuration et de leur structuration managériale spécifique.

2.1 Carte d'identité des lieux d'enquête

2.1.1 Le centre Hospitalier « A »

Le stage effectué du 25 février au 22 mars 2019, s'est déroulé dans un centre hospitalier public de santé mentale de 1572 lits et places. Ceux-ci se répartissent pour l'ensemble des structures en 785 lits d'Hospitalisation complète et 787 places de sanitaire et médico-social (dispositif d'accueil familial et social- Accueil familiale thérapeutique- Appartement de réinsertion-

appartement de coordination et appartements thérapeutique). Cet hôpital assure la prise en charge de 9 secteurs de psychiatrie soit, un bassin de 780 500 habitants environ.

Il emploie 2389 agents non médicaux, et 114 professionnels médicaux. Son budget principal est de 123 879 692,61 euros. Cette structure, bénéficiant d'une dérogation, n'a pas intégré le GHT constitué en juillet 2016.

La direction générale est organisée en plusieurs pôles management/support, le pôle Ressources Humaines et organisation des soins en est l'un d'entre eux. L'établissement comprend six pôles d'activités de soins par ailleurs.

Le Coordonnateur général des soins, seul sur cette structure ayant une mono-activité de santé mentale, fait alliance avec le directeur des ressources humaines en faveur d'une garantie de la qualité et la sécurité des soins. Ils ont démarré leur collaboration en construisant une politique consensuelle de gestion des ressources humaines, celle-ci était visiblement en train de se mettre en place. Le suivi du dernier bilan social devant servir à orienter les axes de travail communs qu'il conviendra de décliner dans le projet de soins que le DS doit élaborer.

Il nous semble opportun de préciser que le centre hospitalier A a vu, depuis plusieurs années, l'arrivée de plusieurs directeurs des soins (DS). Ainsi, le dernier en date a pris ses fonctions en janvier 2019, et a succédé à trois directeurs des soins et/ou Faisant Fonction de DS qui ont assuré leurs missions, respectivement durant 11, 12 et 24 mois. C'est donc auprès d'un DS occupant son poste depuis six semaines, que nous avons réalisé cette enquête.

Nous constatons, par conséquent, que le CGS a une mission importante dans le dialogue social qui doit se construire pour valoriser la qualité des relations et la communication. D'autant que , de contraignantes pressions au sein d'une institution qui s'est voulue jusque-là sociale avec un encrage syndical fort semble maintenir une certaine rigidité relationnelle.

2.1.2 Le centre Hospitalier « B »

Le Centre hospitalier universitaire Suisse, grâce à sa collaboration avec la Faculté de biologie et médecine de l'Université de la région joue un rôle de pointe d'envergure européenne dans les domaines des soins médicaux, de la recherche médicale et de la formation.

Cet établissement comptant près de 1568 lits et 11 364 collaborateurs a un budget de 1,7 milliard de Francs Suisse. Elle doit sa renommée à ses missions de centre hospitalier de référence dans la suisse romande qui se décline, à la fois en termes de :

- couverture de soin d'excellence dans toutes les spécialités,
- santé communautaire et soutien aux efforts en matière de prévention et de santé publique
- formation et de recherche

La direction générale (historiquement conduit par les forces de l'armée) dispose d'un état-major qui traite des affaires juridiques, de la communication, des projets stratégiques et de la fondation. Elle chapote l'ensemble des entités de direction, à savoir, les finances, le soin, les ressources humaines, les affaires médicales et la formation/recherche.

Le CGS tient un rôle particulièrement stratégique dans l'organisation des soins, et sa collaboration au sein de l'équipe de direction est incontournable et bien prise en compte. Avec un taux de syndicalisation estimé entre 16 % et 20 % des salariés, la Suisse présente un syndicalisme actif et structuré. Deux organisations syndicales occupent l'essentiel du paysage syndical, complétées par des organisations autonomes et catégorielles.

Le dialogue social est en lien avec la spécificité du syndicalisme suisse qui, depuis le second tiers du 20ème siècle, a conduit à un « modèle helvétique » de partenariat social (même si, en théorie, les syndicats n'ont pas renoncé à la grève, mais celle-ci est devenue très exceptionnelle). Il s'agit d'éviter tous les conflits en instaurant des procédures de conciliation.

Cette période de stage nous permet d'analyser :

- L'organisation et la structuration de la direction générale des soins,
- Les pratiques décisionnelles en matière d'organisation des soins, et la compréhension de ses mécanismes dans sa déclinaison opérationnelle,
- L'accompagnement des cadres de santé dans le management des incertitudes et notamment des problématiques d'absentéisme. (La politique de gestion RH et les orientations concrètes mise en place par l'encadrement pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT), face aux mutations hospitalières).

Très tôt, au vu du contexte, nous comprenons que l'arrivée d'un nouveau coordonnateur général des soins a conduit à un management transformationnel des cadres de santé, qu'il accompagne volontiers de manière très proximal et très méthodique. Nos premières questions relèvent de la réelle déclinaison opérationnelle de la stratégie de soins sur le terrain ? La politique de gestion appliquée, pour favoriser les organisations de travail des professionnels nous intéresse de ce fait, très fortement.

2.2 Singularités et similitudes

2.2.1 Deux systèmes de santé basés sur le principe de la solidarité

La Suisse, comme la France, se situerait parmi les meilleurs systèmes de santé au monde en termes de qualité et d'accessibilité aux soins.

A titre de comparaison, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en Suisse prévoit que chacun puisse conclure, selon son libre choix à son assurance maladie. Cette dernière garantit les soins médicaux élémentaires. Si les traitements effectués, les hospitalisations et les traitements prescrits sont remboursés, les soins dentaires et d'optique ne sont pas couverts, sauf si une souscription à une mutuelle complémentaire peut le permettre. La Suisse compterait près de 60 organismes d'assurance maladie, (Le 28/9/2014 l'initiative populaire pour la caisse publique unique est refusée à 61,9%³²) et elles offrent toutes les mêmes prestations d'assurance de base. Quel que soit le montant des primes (montant à payer par mois à l'assureur choisi) ou la caisse d'assurance maladie à laquelle l'assuré souscrit, les couvertures proposées sont les mêmes.

³² (ats/Newsnet), « Caisse unique : Un projet de caisse publique à nouveau rejeté en Suisse », Tribune de Genève, 28 septembre 2014.

La France, quant à elle, permet d'accéder à un système d'assurance maladie obligatoire qui compte 4 branches de la sécurité sociale qui se compose de 3 principaux régimes dont le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants. L'assurance maladie française prend en charge en partie les consultations médicales, les hospitalisations, les médicaments, les soins dentaires, les lunettes ... etc. Le remboursement à 100 % concerne en outre la femme enceinte ou l'affectation de longue durée. Les cotisations à cette assurance maladie française sont, en grande partie à la charge de l'employeur, leur montant dépendant de celui du salaire de l'employé.

Les deux systèmes diffèrent tant sur leur mode de fonctionnement que sur leur coût toutefois, ils se veulent d'obéir tous les deux, au principe de solidarité, les personnes en bonne santé sont solidaires des personnes malades.

Par ailleurs, les institutions médicales sont organisées par cantons au sein de réseaux de santé en Suisse, ce qui constitue aujourd'hui les prémices d'une structuration, impulsée opérationnellement en France, de par les réformes juridiques qui se veulent de plus en plus concrètes au fil de ces dernières années, et notamment avec la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

2.2.2 Deux conceptions politiques qui diffèrent

En Suisse, le CH. B qui est pionnier dans la création de la coordination. (Centre interdisciplinaire, flux et transfert de patients, recherche en soin et université...) n'utilise pas tout à fait les mêmes outils qu'en France car leur logique de pensée se révèle ne pas être tout à fait la même. Même si, entendons-nous bien, notre objectif commun centre le patient au cœur du dispositif.

DISPOSIFS ET LEXIQUE UTILISES DANS LES CH. A et B.

CH. A		CH. B	
Projet d'établissement 2013-18	En cours d'élaboration	Plan stratégique 2015-2020	Actif
Projet de soins en cours	Non	Ma vision 2020	Actif
Bilan du projet social 2018	En cours	Les éléments du bilan social sont dans le rapport d'activité du CH.	Actif
Dialogue social ouvert	Actif	Procédure de conciliation permanente avec les différents collectifs de professionnels.	Actif
Mise à jour du document unique Préventeur	En cours	Commission de la qualité et de la gestion des risques	Actif
Modalité de gestion de l'absentéisme		Modalité de gestion de l'absentéisme	Procéduré
Interne (cellule ordonnancement des lits)	Oui		Outils techniques et numériques
Externe	Non	Interne	Oui
		Externe	Oui

Service de communication institutionnel Sous la resp. de la DGA	Oui	Service de communication Institutionnel Correspondant DS propre à la direction des soins	Oui Actif
Instances CTE CHSCT	Oui oui	Commission de sécurité	Oui
Taux d'absentéisme global 2018	8,7%	Taux d'absentéisme global Comptabilise tous les arrêts de Maladie (6,03%) dont maladie longue durée (3,91%) les Maternités (1,82%), AT (0,93%), motif familiaux (0,40%) les congés pour formation (1,54%)	10,7 %
Réunion des CSS	oui	Colloque des cadres	oui
Réunion d'encadrement	oui	Colloque mensuel de l'encadrement (définition de l'équipe d'encadrement)	Oui
Coopération opérationnelle des CS	Non	Dans le département Dans le service Dans les unités de soins	Oui Oui oui

2.2.3 Un management vertical et un management transformationnel

L'observation de la structuration de la politique institutionnelle de gestion des ressources humaines sur le terrain. Essayer d'articuler verticalité de l'autorité du projet d'établissement, et l'horizontalité de la négociation des projets médicaux et de soin ne semble pas chose facile.

Tout d'abord, le CH. A a une structure hiérarchique pyramidale avec un fonctionnement en silo : Nous devons tout d'abord tenir compte de l'histoire et de la place qu'à la direction des soins dans cette organisation. La Direction des soins n'a pas pu consolider depuis plusieurs années ses orientations managériales du fait d'un manque de continuité dans des directions successives.

Nous avons pu très rapidement constater que la politique d'amélioration des conditions de travail est très discutée, c'est un sujet particulièrement prégnant.

Le discours du chef d'établissement est très technique lors des instances formelles, même si particulièrement diplomatique. Il laisse apparaître une démarche d'évolution de la définition de la santé, de la sécurité au travail et de la qualité de vie au travail aujourd'hui. Et par conséquent exprime son souhait de bien prendre en compte cette dimension dans l'élaboration des axes institutionnels dans son futur projet d'établissements en cours d'écriture.

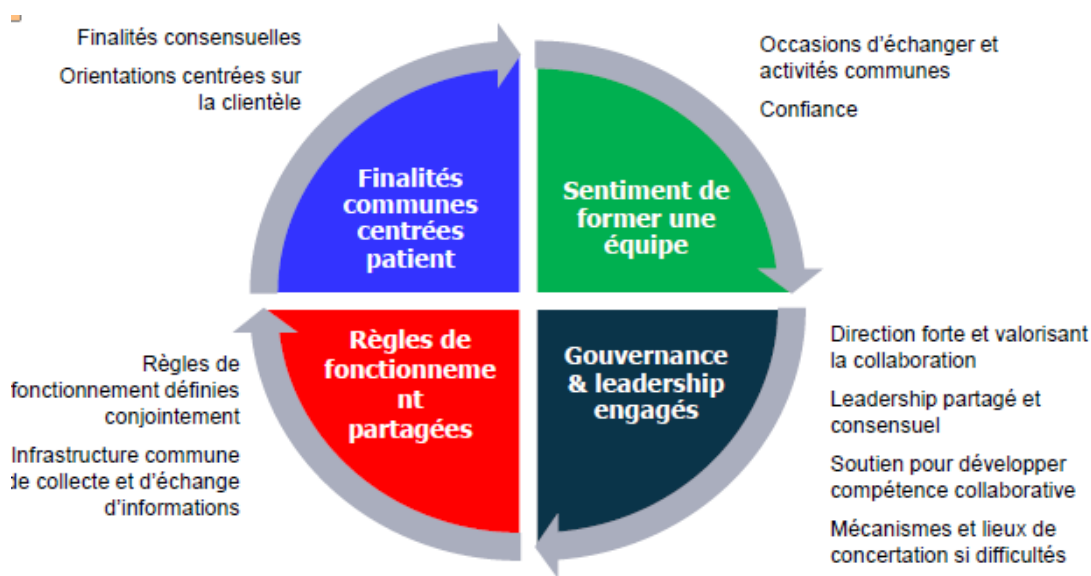
A ce titre, un projet de veille des RPS a commencé l'année précédente et a débuté ses séances de travail, décliné en groupe opérationnels de collaborateurs sur le terrain. La dimension des impacts de l'absentéisme sur la structure et sur les personnes y est abordée.

Effectivement, leur bilan social fait état pour 2018 d'un taux s'absentéisme à 8,7% dont une durée moyenne de jour de maladie ordinaire pour les PNM de 28,7 j par personne dans les unités de soins. Est stipulé que la durée moyenne des absences pour maternité a augmenté de 13 jours.

Structurellement induite, nous assistons très rapidement à un processus « TOP DOWN », accentué par une volonté managériale supérieure clairement affichée qui impose, selon lui, légitimement son savoir face à un bouleversement socio-politique et économique, pas forcément compris de tous. Au total, nous comprenons que les cadres de soins de proximité sont plutôt éloignés de la stratégie institutionnelle.

La direction des ressources humaines, nous apparait en avoir bien conscience, et nous semble rechercher un appui, difficile à trouver. Probablement du fait d'une alliance particulièrement précaire avec une direction des soins qui n'a pas pu être stable depuis longtemps.

Et d'autre part, le CH. B dans lequel sont engagés depuis 4 ans, avec une nouvelle coordonnatrice générale des soins, entièrement en phase avec son chef d'établissement et son directeur médical (équivalent au PCME en France), des mesures d'amélioration continues qui s'appuient sur 4 Ingrédients de la pratique collaborative pour une vision possible et une coopération efficace :



(Sources PDF. Vision Soins du CH. B)

Ils revendiquent la nécessité d'être à la fois AVEC les équipes, AVEC les patients, et AVEC les autres professionnels de la santé pour entreprendre les meilleures actions possibles et le plus rapidement possible.

Les caractéristiques de leur absentéisme diffèrent de celui de la France, En suisse, les trois premiers jours d'absence ne font pas l'obligation d'une justification. Leur taux d'absentéisme atteint les 10,7%, donc est plus élevé qu'en France, toutefois, leur taux d'absence de maladie de longue durée constitue le tiers des absences. Il est donc anticipé autrement que les absences inopinées. Nous sommes allés le vérifier sur le terrain.

2.3 Les limites de la méthode

- Notre préoccupant sujet, provoquant de nombreux échanges, n'a pas facilité le périmètre à définir, du fait de l'intérêt crucial qu'il suscite auprès des cadres de santé. Il intéresse toutes les disciplines sans exception de l'hôpital. C'est pourquoi, une enquête exploratoire nous a été utile pour redéfinir plus précisément nos axes d'investigation.
- Le modèle comparatif présente des limites sur les éléments de comparaison. Nous devons considérer la réalité de chacun des établissements alors que la culture même de l'environnement dans lequel se situe la structure induit fortement le sens donné au management dans celui-ci.
- Parce qu'issu du terrain, pour ce projet de mémoire, nous nous sommes rendu compte à posteriori, que nous avons travaillé dans un mode très pragmatique. Les choses se sont construites vraiment très progressivement, et le temps de métabolisation des informations nous a paru particulièrement raccourci.
- Plusieurs niveaux d'observation nous ont été utiles, ce qui a pu complexifier le travail. Effectivement, à l'aide, d'une part, de l'ouvrage de référence de Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT qui nous a servi d'appui pour nos recherches et d'autres part en butinant de ci de là dans les théories des grands auteurs sur les individus dans leurs interactions ou encore sur l'adaptation aux changements, le mémoire de recherche a nécessité d'avoir une logique intellectuelle hypothético-déductive, qui nous a demandé de l'entraînement. De ce fait, notre expérience du terrain, les entretiens et l'observation directe que nous avons pu avoir au moment des stages fut une réelle plus-value.

3 ANALYSE DES RESULTATS

3.1 Impact de l'absentéisme sur la gestion des pôles

3.1.1 Disparités selon les secteurs d'activité

De manière plus large, nous avons confirmation que l'absentéisme des professionnels publics est plus important dans le secteur hospitalier qu'ailleurs³³. En particulier pour le corps soignant, les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles notamment, en constituent les déterminants importants.

Observons, qu'à l'échelle d'un établissement sanitaire dans lequel est rattaché un EPHAD, nous avons pu constater que l'absentéisme faisait ressortir des éléments de différence entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Notre actualité en France, ne le démentira pas, les plaintes vont bon train depuis déjà quelques mois. Des risques d'accidents du travail accrus pour les professionnels, des personnels remplaçants sous-formés, des dispositifs techniques de type lève-personne insuffisants...l'ensemble des décideurs furent récemment unanimes sur le besoin d'amélioration de leurs conditions de travail. Nous pouvons d'ailleurs rapprocher ces retours d'expériences qui foisonnent dans les journaux, à ce CHSCT extraordinaire du CH.A (ANNEXE 1), sur lequel nous avons pu, de ce fait, réaliser un audit. Rappelons le, il avait été constaté, 26 jours de sous présentéisme sur 62 jours en janvier 2019 pour les AS - des

³³ Catherine Pollak et Layla Ricroch - Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions. Publication 2017/18 (DREES) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf

pratiques non harmonisées - du matériel non utilisé pour cause d'obsolescence ou de problèmes techniques (raille, chariot de cuisine par exemple) - un ras le bol des équipes sous tension - et surtout 24 FEI (dues à des erreurs médicamenteuses) liées à une opacité sur la phase de l'administration du traitement qui se fait par des nouvelles ASH³⁴ non formées dans le service.

La Ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn dans son Discours aux Assises nationales des EHPAD, le mardi 13 mars 2018, veut apporter des solutions « *Mais oui il faut dans la mesure du possible améliorer le taux d'encadrement en particulier autour de la dépendance et des soins. Il faut donc que nous travaillions ensemble aux voies et moyens de progresser sur l'environnement humain auprès des personnes dépendantes et sur les moyens de rendre cet encadrement le plus efficace possible.* » Dit-elle.

Nous confirmons donc que l'absentéisme a tendance à se développer dans certains secteurs plus que d'autres du fait de la charge en soins de base à réaliser soit, mais aussi dans un milieu qui n'a pas su trouver une réorganisation adéquate. (Moins le patient est autonome et plus les soins sur le rôle propre sont importants et alourdissent la charge physique et morale des professionnels).

Ensuite, un autre élément, que nous pouvons rapporter de cet audit, c'est le niveau de satisfaction des deux cadres à leur poste de travail. Pour l'un, il estime ne pas être au bon poste au vu de ses compétences, et pour l'autre, il a été extrait de son unité pour un management insuffisant depuis 4 mois et s'est vu affecté en EHPAD et le vit comme une punition. Il est en attente de partir à la retraite dans 8 mois. Tous les deux anticipent chaque jour avec crainte le nouvel arrêt qui va les obliger à une nouvelle négociation avec leurs agents. Nous pensons donc que la question de l'attractivité de certains secteurs se pose, mais également que la motivation des cadres à instiller un management fédérateur constitue probablement un élément favorable qui participe à la stratégie managériale du DS. Si le cadre n'accepte pas le secteur dans lequel il exerce, cela s'avèrera peut stimulant.

Par ailleurs, à la lecture d'un RETEX sur ce sujet, nous avons pu relever que certains cadres de médecine polyvalente, affirmaient que sous le motif d'avoir des ratios normés, les unités de soins critiques étaient toujours plus légitimes à demander du personnel. Ainsi, leurs agents sont peu mobilisables notamment au moment des permanences. Et ce, même si le besoin se fait sentir en médecine et que le service de réanimation est calme. Pour eux, « *les directeurs d'astreinte administrative ouvrent leur parapluie en se couvrant lors des remontées des plaintes de services aigus.* » En effet, pour les secteurs de réanimation et de soins intensifs, la réglementation³⁵ impose des ratios soignants, alors que pour les unités de médecine polyvalentes, nous retrouverons juste des recommandations ANAP. Cela pose la question de la responsabilité en cas d'incident.

³⁴ Jurisprudence : Application de l'article L313-26 du code de l'action sociale et des familles, créé par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cet article prévoit qu'au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, *"lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin", l'aide à la prise des médicaments peut "être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier"*.

³⁵ Cf. Réglementation sur les ratios normés : Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (NOR : MESH0220983D) Art. D. 712-109. - Art. D. 712-120, Art. D. 6124-34-4. - Art. D. 6124-34-5.

Les cadres des secteurs de médecine se plaignent d'un manque d'équité, car la charge de travail serait sous-estimée. Au vu du changement de profil de nos populations de plus en plus âgées et polyopathologiques nécessitant des soins de base plus importants, ce contexte devrait être pris en compte dans la répartition équitable des ressources humaines.

Nous avons pu rapporter de Suisse, l'outil d'évaluation de la charge de travail le PRN³⁶. Il a servi la pertinence des soins jusqu'à leur permettre aujourd'hui de mettre en adéquation leur besoins face à l'activité, et connaître le montant que leur rapporte les soins de base. Le cadre supérieur d'un pôle de cancérologie nous rapporte lors de l'entretien, « *Le taux de couverture est défini pour une charge de travail donnée. « On peut aller jusqu'à retrancher les soins inutiles et non pertinents, le chosing wisely (choisir de manière éclairé) Des évaluations cliniques IDE permettent de supprimer les choses inutiles. A partir du dossier informatisé du patient, est documenté et renseigné, ce qui nous permet de coter directement ces actes dans le PRN, aussi bien pour ses actes sur prescription et ceux sur le rôle propre. Ca fait maintenant 20 ans dans notre établissement, que nous sommes équipés. C'est donc rentré dans la culture, même si cela n'a pas été simple. Et aujourd'hui, les soins IDE coté 911 nous rapportent environ 1,5 millions de francs mensuellement. »*

Ainsi, nous convenons donc que beaucoup d'ES en France, ne disposent pas d'outils propres permettant des métriques fiables, cela pourrait contribuer à apporter une aide objective fiable à la décision des managers³⁷. Si la culture Suisse n'a pas la même approche de l'absentéisme, c'est bien parce que leur outil PRN, leur permet d'adapter les équipes en fonction de la charge de travail (équipes à géométrie variable en fonction de la charge travail).

Au total, il est possible que les filières les moins organisées pâtissent de leur manque de performance et ne soit plus très attractives. Les soins pertinents, pour lesquels les résultats sont visibles génèrent de la satisfaction aussi bien pour le patient que pour les professionnels dans leurs conditions de travail.

3.1.2 Une collaboration entre les cadres qui s'appauvrit.

Plusieurs raisons à cela ont été recensées :

- De la distance inter-sites, « *il nous faut conduire les priorités polaires et institutionnelles, tout en étant de plus en plus éloignés les uns des autres, c'est un vrai défi pour nous aujourd'hui* » nous raconte le cadre supérieur de la pénitencière ! Nous identifions dans le discours que la distance géographique, aujourd'hui, à laquelle doivent faire face de nombreux établissements constitués en pôle, et encore plus encore avec les GHT aurait tendance à accentuer le manque d'échanges. Cela pourrait ouvrir le débat de la recherche d'un management innovant pouvant favoriser la proximité dans la collaboration des cadres malgré la distance géographique.

³⁶ Le PRN : PROGRAMME DE RECHERCHE EN NURSING est la méthode découlant des travaux canadiens débutés en 1969 à l'Hôpital Sainte Justine de Montréal par Monique Chagnon et développés par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé dirigée par Charles Tilquin à l'Université de Montréal. Il mesure les soins directs requis par l'état du patient, tant en nature qu'en durée. À partir du Plan de Soins Infirmiers, sont listées les différentes actions de soins requises.

³⁷ Valerie VALLIN – Evaluation de la charge en soins, un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital - Gestion Hospitalières n°574 – mars 2018 – p.152/154

- Des exigences multicritères les empêchent de « lever le nez du guidon », cela nuit à l'atteinte d'objectifs autres que la réalisation de tâches immédiates et compromet l'équilibre et les relations interpersonnelles. En effet, dans une perpétuelle recherche de réorganisation, les échanges entre les cadres ne sont plus favorisés, le rythme de travail est particulièrement soutenu, les heures supplémentaires s'accumulent. La gestion de l'absentéisme est l'élément le plus cité, 80% des cadres de santé ont évalué le temps de gestion de l'absentéisme à plus de 4H par semaine. En suisse, la solution a été de créer une cellule qui ne gère que les remplacements. Nous avons pu interroger les cadres qui s'en occupent, ils sont responsables du recrutement interne et externe. En externe, ils ont fait le choix de travailler avec 4 agences d'intérim. Un montage est prévu afin que soit respectée la règle des marchés publics dans ce cadre-là.
- Des manières différentes de faire ; En effet, en cas d'absence d'un cadre sur son unité, l'autre doit assurer la continuité de l'encadrement, et la communication peut se voir plus compliquée à établir avec l'équipe de la collègue. Les éléments de langage entre les cadres n'étant pas forcément les mêmes face aux professionnels soignants, les choses peuvent ne pas être comprises de manière univoque.
- Le manque de structuration du management de pôle autour de rencontres d'harmonisation des ressources ; L'ensemble des cadres interrogés sur le CH. A, n'a pas organisé de réunion où se retrouverait l'ensemble des cadres pour discuter des solutions de couverture des besoins. Il nous semble pour autant que, ce secteur mono-activité, serait bien plus propice à ce genre de dispositif. Le collectif de travail satisfait en générale une nécessaire complémentarité entre les acteurs en faveur de plus d'efficacité. La complexité des situations, et principalement les situations d'urgence nécessitent souvent l'intervention de diverses personnes devant mettre en œuvre entre eux dans les meilleurs délais des relations de coopération. Pourquoi ne pas les inventer au sein d'un même pôle dans un premier temps ?

Guy le BOTERF³⁸ pense que, « *face à des situations incertaines, il faut savoir mobiliser une diversité de connaissance et de savoir-faire, savoir travailler avec son réseau peut faciliter cet alliage, la simple addition des contributions peut ne pas faire émerger de solutions pertinentes, toutefois la synergie de coopération le pourrait* ».

3.2 Impact de l'absentéisme sur les cadres

Pour illustrer cette partie, nous avons voulu nous intéresser de près au contenu même du travail des cadres dans la gestion de cet absentéisme. Il conviendra à partir d'un exemple extrait du stage en CH. A d'analyser d'une part le processus technique de la gestion de l'absentéisme sur le terrain, au moment où l'absence est annoncée et d'autre part de mettre en exergue les compétences relationnelles en lien.

Un exemple de situation à la limite de l'exceptionnel, mais pourtant trop souvent vécue dans nos ES :

³⁸ P. 15. Construire les compétences collectives – 2018 – Coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux de professionnels.

Au CH. A, il s'agissait d'une situation de violence avec un patient en crise, donc agressif qui est allé au contact des professionnels de santé. Et ce jour-là, deux agents se voient agressés par ce patient en phase d'agitation. L'un s'en sort avec une fracture de doigt et l'autre avec des douleurs abdominales. Pour information, sur les quatre chambres d'isolement du pôle ; trois, étaient déjà soit occupées et la quatrième n'était pas fonctionnelle, la contention chimique était contre-indiquée visiblement pour ce malade.

Dans le cas du CH. A, L'action du cadre va consister en : (Détail du processus)

1^e : Une organisation interne => qui va s'avérer insuffisante

2^e : La recherche d'une chambre d'isolement => infructueuse

3^e : Une sollicitation du pool de remplacement du pôle via le cadre supérieur coordonnateur, qui va compenser partiellement le besoin

4^e : Un appel à la direction des travaux pour rendre opérationnelle la 4^e chambre d'isolement ; une intervention qui demande un certain délai

3^e : Une demande express au cadre supérieur en responsabilité de la cellule d'ordonnement des lits et des remplacements, pour une demande de ressource en supplément dans l'objectif exprimé du « un pour un ». Cette cellule fait le lien avec la DS et le DRH.

4^e : En attendant une mise en sécurité est faite avec l'équipe transversale de médiation/régulation, composée d'aides-soignants formée aux techniques de self-défense.

=> qui intervient tout de suite.

3.2.1 Le management technique :

Dans ce cas, nous constatons, d'une part que l'action devient très vite chronophage du fait d'un besoin d'appels téléphoniques de plusieurs agents, pas forcément disponibles à ce moment-là, mais aussi de fait de nombreuses interruptions du cadre dans la continuité de la tâche à accomplir. Et d'autre part, que la charge en soins, n'étant pas compatible avec la ressource, le cadre supérieur de pôle a dû être prévenu, l'ensemble des dispositifs et des acteurs ont été mis dans la boucle. Le cadre de santé interviewé dit « *la maîtrise des outils est conditionné par la conjoncture et le facteur chance à ce moment-là, il faut bien connaître son personnel, utiliser un réseau qui fonctionne et proposer un mode dégradé validé par le N+1* »

La direction des soins est prévenue 72h après et s'exprime « L'exemple de 5 AT en 72H de professionnels face à l'admission de patients violents montre des difficultés de pratiques.

Cela remet en question, la formation des professionnels et la pratique des cadres sur le suivi rigoureux de la prévention des risques professionnels ».

La direction des soins estime avoir été informée tardivement, même si les dispositions prises ont été dans l'ensemble correctement déclenchées, pour autant les pratiques ne sont pas en faveur d'une prévention convenable des RPS.

Ces situations, même si elles ne sont pas complètement exceptionnelles dans le secteur de santé mentale, nécessiterait probablement de mettre en place une procédure réflexe qui ressemblerait à la gestion d'une crise mineure à l'intérieur du pôle. La question de la rapidité d'actions, se rapporte à la notion de temporalité possible dans la sécurisation par étape des autres patients, de l'équipe et de l'environnement, en termes de sécurité des prise en charge, à la fois dans le délai et dans la réponse à apporter. En informer la direction des soins dès les premiers signes d'accumulation de difficultés, oui, toutefois les actions sont en effets à déclencher puis à gérer par le cadre, puis en collaboration avec le cadre supérieur.

Dans l'action, le cadre a utilisé les ressources autour pour rétablir rapidement l'organisation et revenir à une situation soutenable pour l'équipe. Toutefois, la gestion humaine nous semble

primordiale et les échanges durant ces situations généralement déconcertantes n'ont pas été privilégiées.

3.2.2 Leur management relationnel

Au sortir de l'incident, le cadre est épuisé après 72H de stress, il doit faire le bilan de sa ressource humaine en interne. Être le soutien de son équipe qui s'est sentie particulièrement bousculée. Qu'est-ce qu'il lui reste comme collaborateurs disponibles (physiquement et moralement) pour travailler ? Un état des lieux de la ressource interne RH disponible nous semble à considérer. Y a-t-il eu un point de situation dans le service avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, des échanges avec les équipes et notamment les personnes affectées, le cadre a-t-il pu conforter la reprise d'une organisation structurée ?

Toutefois d'autres incertitudes demeurent, l'éventualité d'une prochaine période d'agitation du patient toujours dans le service, la durée d'arrêt de travail des agents en AT., la consolidation du planning avec quels nouveaux professionnels, seront ils formés ou non? Bref, Il a la préoccupation de voir se rétablir ses collaborateurs soignants, tout en se culpabilisant de n'avoir pas pu empêcher les 5 AT au total, loin d'une bonne efficacité de gestion. A quel moment déclencher un protocole de crise ?

Une gouvernance de proximité lui sera nécessaire pour prendre en compte la spécificité des circonstances. Des changements pourraient être à envisager, un RETEX serait incontournable.

L'entretien n'a pas pu avoir lieu avec ce cadre, mais malgré l'attention que nous avons porté à cet incident, nous n'avons pas eu écho de la mise en place d'un éventuel dispositif relationnel... Un contexte d'absentéisme lié aux conditions de travail, comme on en retrouve très souvent dans nos ES. L'hôpital est-il responsable de son absentéisme ? L'étude de C. Vandenberghe, S. Stordeur, W. D'Hoore prouve que l'épuisement émotionnel a une relation indirecte avec l'absentéisme via la satisfaction au travail.³⁹

Ce qui nous amène aux propos fréquemment retrouvés qui défendent l'utilité de l'absentéisme ! Des absences utiles ! Plusieurs auteurs ont écrit sur ce sujet⁴⁰, l'absentéisme est le symptôme de ce qui fait notre contexte aujourd'hui, et s'arrêter de travailler serait le seul moyen de se préserver de ces violentes difficultés. Les cadres avouent inciter certains agents épuisés ou malades de s'arrêter, à la fois pour les protéger du système, et pour protéger l'organisation et les patients. Que l'absentéisme semble utile aujourd'hui au vu de notre incapacité de nous extraire quand on commence à se sentir surmener, cela peut être considéré comme une bonne chose, pour autant, la prise en charge des patients a l'obligation de se faire sans rupture de continuité, cela relève de nos obligations de continuité liées à nos missions de service public hospitalier. Un véritable dilemme.

³⁹ Christian Vandenberghe, Sabine Stordeur et William d'Hoore une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins Infirmiers - presses universitaires de france | « le travail humain » 2009/3 vol. 72 | pages 209 à 228

⁴⁰ Les bienfaits de jours de repos pour une bonne récupération sur le plan mental n'est plus à prouver ! D'après Wallace Huffman, professeur de l'université d'Iowa, après une à deux semaines de repos, la productivité peut augmenter jusqu'à 60%.

Dans ce même registre, un dernier élément intéressant induit dans cette spirale infernale de l'absentéisme un biais selon nous dans cette gestion. C'est le fait que très souvent les collaborateurs affichent leur présence malgré la maladie. Un professionnel préoccupé ne peut pas être disponible pour réaliser ses tâches en mobilisant toutes ses capacités. Denis Monneuse le nomme absentéisme moral et s'apparente à du présentéisme passif, qualifié aussi de présentéisme contemplatif ou absentéisme interne⁴¹. C'est une dimension qui est soulignée par les cadres de santé, car ils expriment leur manque de lisibilité dans la politique de l'institution dans la mobilité ou de reclassement efficace de certains professionnels. Il conviendra d'y réfléchir sur le chapitre suivant.

3.3 Impact de l'absentéisme sur le management institutionnel

S'appuyant sur les données bibliographiques disponibles. Seuls 36% des salariés du secteur public estiment en effet disposer du soutien de leur hiérarchie, contre 59% en moyenne dans les autres pays de l'Union. Effectivement, 80% des cadres de santé interrogés disent : « *Certaines personnes étaient présentes, mais finalement inactif au travail, des fiches de postes sont faites sur mesure pour des personnes qui ne sont jamais réévaluées, les personnes en restrictions nécessitent des aménagements de fiche de postes et des mobilités adaptées* », Les CS disent ne pas être soutenus dans leurs actions, les contrôles d'agents ne sont pas pris en compte alors que des absences seraient purement réactionnelles et ainsi dysfonctionnelles. Le cadre voudrait se sentir soutenu également dans la mesure de sanction à appliquer en cas d'abus.

Pourquoi ne pas mobiliser la clé de la re-motivation quand le levier de la sanction n'est pas utilisable ?

Nous l'avons vu, l'absentéisme et l'exercice professionnel soignant sont étroitement liés, et même si les causes personnelles et professionnelles ont tendance à se confondre, l'absentéisme est susceptible d'être induit par un mal être au travail. Nous avons choisi de parler de la gestion difficile de l'absentéisme soignant, par les cadres, mais remarquons en toile de fond, que l'absentéisme de l'encadrement commence à poindre et à intéresser les dirigeants (précarisation des situations de travail pour eux aussi). Aujourd'hui, la multi-dimension de ce phénomène est bien nette, et tous les DRH interrogés sont unanimes quant à une considération de cette problématique par tous les acteurs concernés. Une évaluation et le positionnement à prendre au sein de nos institutions pour orienter l'opérationnalité de la politique de gestion RH sur le terrain par ces cadres est à considérer. Les cadres de santé représentent la colonne vertébrale même de ces institutions essentiellement humaines, et sont au cœur même de la prise en charge des patients avec leurs équipes. Pour autant des informations ou du liant semble leur manquer. De quoi s'agit-il ? Qu'est ce qui fait débat ? Comment leur donner ce sens qu'ils réclament ? Est-ce dû au sentiment d'appartenance collective affaibli ? A un manque de solidarité collective ? Notre enquête de terrain nous a menés vers deux modèles de management différents qu'il nous paraît souhaitable d'analyser dans le détail pour tenter de répondre à cette question du « liant » et probablement de l'anticipation des situations de tension. Poursuivons donc nos recherches comparatives pour voir où cela nous mène.

⁴¹ « Cela concerne les salariés physiquement présents à leur poste de travail, mais absent mentalement, dans la mesure où ils sont inactifs ou bien effectuent des tâches pour leur intérêt personnel » modèle décrit par C. Maier dans son ouvrage Bonjour paresse – de l'art et de la nécessité d'en faire le moins possible en entreprise- 2005.

Il nous appartiendra dans cette dernière partie de l'analyse de voir comment sont accompagnés les cadres dans cette gestion par le directeur coordonnateur général des soins.

3.3.1 Une recherche de liant entre les cadres et la DRH

Dans le CH.A, la délégation de gestion RH aux pôles a débuté en 2017 et s'installe progressivement. Il est prévu lors de la signature des contrats de pôle en cours d'élaboration qu'une charte de fonctionnement soit élaborée. Pour cela une réunion appelée « réunion de politique de remplacement » permet aux assistants RH avec leur directeur de recevoir les CSSP l'un après l'autre, mensuellement. Dans l'après-midi, chaque demi-heure un CSS est convoqué. Cette rencontre a un caractère essentiellement descendant, elle est très structurée et méthodique, il s'agit de confirmer ou réajuster, au regard du tableau des postes numérotés, l'affectation des professionnels soignants sous contrat. Selon les lignes budgétaires, le DRH informe de sa décision de poursuivre ou non les contrats. C'est une réunion dans laquelle est interrogé le management du cadre supérieur, à savoir la vigilance qu'il porte à l'harmonisation de ses ressources, l'évaluation de ses demandes de compensation en personnel. Le Directeur coordonnateur général des soins n'est pas présent à cette rencontre, mais son CSS délégué en transversal à la gestion des ressources humaine y est.

Il détient un lien direct avec le DRH et ses assistants, il a une très grande connaissance historique de l'établissement et à toute la visibilité sur les mouvements de hôpital. Son positionnement dans le recrutement est affirmé, il a une grande capacité à évaluer la criticité des situations. Ce poste particulièrement utile au DS, « *bras armée de la direction des soins* » comme il le dit fréquemment garantie la compétence des professionnels sur le terrain. Il affirme « *J'occupe un poste qui apporte de la lumière à mes collègues* ».

La politique est en construction sur les mensualités d'été et les remplacements de congés longs. Et dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de retour à l'emploi, il reste l'interlocuteur privilégié également au sein de la commission médicale d'aptitude aux fonctions. Nous nous sommes rendu compte que, les CSSP, particulièrement soumis, n'exploitaient pas de manière intellectuelle et stratégique ces rencontres. Très organisées, et chronométrées, ces réunions ne leur permettent peut-être pas d'ouvrir le débat. Le DRH, plutôt charismatique exprime cependant vouloir couper court à l'idée d'empêcher l'expression libre de chacun. Pour autant, nous percevons tout de même une forte DRH tenant une commande plutôt verticale. Un travail de collecte des données devrait argumenter la mise en place prochainement d'un système d'appel à volontaires pour favoriser les conditions de travail des cadres dans la gestion de l'absentéisme.

3.3.2 Un accompagnement des compétences

Le CH.B procède tout à fait autrement. « Après une période difficile, ce CH a choisi de rétablir un lien de confiance avec sa population en faisant beaucoup de valorisation de ce que font les humains dans leur travail de soins ». nous raconte le DS adjoint chargé de la communication. Pour eux la communication interne de la direction des soins est intégrée dans une chaîne de communication cohérente, de ce fait elle constitue une « ligne de référence » officiellement portée par le plan stratégique de l'établissement. Pour ce faire, l'ensemble des travaux autour de la « vision 2020 », (rappelons-le la vision portée par la coordination des soins), nécessite que l'ensemble des compétences de l'encadrement prévoit des séances de travail collégiales, planifiées et organisées sur l'année. Ces séances ont pour but, d'accompagner l'équipe

d'encadrement (une conception et définition de l'équipe d'encadrement a été définie au regard des intérêts, des objectifs et des valeurs communes à porter) dans l'ensemble de ses actions managériales (créer une équipe, un collectif). De ce fait, la DSO vise donc à opérationnaliser à travers une organisation claire et transparente. Le centre de gravité décisionnel se trouve aujourd'hui au milieu des services de soins (chaque groupe local d'encadrement définit sa stratégie et la met en œuvre) et la DSO se positionne au service des unités de soins. Au regard de leur problématique, la direction des soins les accompagne dans leur management (complémentarité : ne pas faire à la place de l'autre). Chaque pôle a son entière autonomie de gestion notamment financière et RH (responsabilisation). Le quatuor de pôle est représenté par le directeur médical de pôle, le DRH de pôle, le DSD (dit directeur des soins de département et équivaut au CSSP en France), et le contrôleur de gestion de pôle. Le lien est incessant et ininterrompu entre les différentes personnes impliquées. Nous sommes allés vérifier concrètement sur le terrain comment se déclinait l'accompagnement aux cadres et avons assisté à plusieurs de leurs colloques.

Pour chacune des rencontres, le rôle, l'ordre du jour, la mise en œuvre, la planification, la traçabilité est définie et tracée. Tous les niveaux de collaborations sont spécifiés, à savoir de la CGS et ses adjoints, jusqu'aux équipes et leurs cadres.

Au besoin les outils et les méthodes leurs sont fournis, l'idée étant qu'à travers les grands domaines, les objectifs et les indicateurs soient évalués.

Le CS du pôle cancérologie nous dit « La mobilisation des savoirs des cadres au sein du pôle est continue, leur professionnalisation s'évalue par la restitution mensuelle au DG des résultats de la gestion financière du département, à tous les niveaux. En face de l'activité, les recettes, les dépenses, et l'analyse de l'utilisation des ressources. La déclinaison des objectifs du pôle se raccrochent à une politique institutionnelle, même si ils sont complètement autonomes. Des propositions sont faites au coordonnateur en termes de solutions et d'innovation, et de manière proactive. »

Pour ce qui est de l'adaptation des besoins aux ressources, ils ont un niveau de professionnalisation et de maturité dans le pôle qui leur permet une autonomie quasi-totale. *« Nous avons la préoccupation d'avoir la charge en soins requis (le devis- le PRN est un outil prédictif) et la charge de travail réalisé (le LEP⁴² nous renseigne sur ce qui est documenté). Ce qui permet de calculer l'adéquation entre le requis et le réel. Et permet de définir la dotation en ressources humaines et bientôt matériel». Les cadres sont formés à l'exploitation des données sorties de leur outil de charge en soins. Ils peuvent se rapprocher des services informatiques qui les aident à extraire et exploiter des données et monter des études de recherche ».*

Au total deux structures qu'il convient de remettre dans leur environnement culturel. L'une française qui est bousculée par les modifications de valeurs du travail et qui tente de se réorganiser, et l'autre helvétique qui a su gommer ces quinze dernières années ses problématiques financières et de réputation. Cette dernière a choisi, de valoriser son organisation humaine, et de ne pas faire l'économie des rencontres avec ses équipes pour travailler sur l'ensemble des axes fédérateurs. Ils sont aujourd'hui proactifs et ont fait le choix de faire parler la voix des soins. Nous assimilons leur mode de fonctionnement au modèle de « l'empowerment » ; cette méthode proclamée d'ailleurs pour obtenir le label « Magnet hospital » qui vise à doter les groupes et individus de capacités nouvelles. On leur permet de prendre en main leur destin, d'accroître ou de renforcer leur autonomie, de maîtriser les facteurs qui influent sur eux.

⁴² LEP : Travail effectivement réalisé et tarifé, logiciel qui complète le PRN

3.4 Validation ou infirmation des sous-questions

3.4.1 Corrélation des retours terrain avec les sous-questions

Nos axes d'exploration portaient sur :

- ⇒ Premièrement, la collaboration interpole pour répartir équitablement les ressources :
 - La question de la coopération a mis en évidence des problématiques de distance, de méthode de travail, et d'écart de communication entre les cadres ;
 - Les cadres de santé, étant appelés dorénavant à comprendre et partager les concepts de productivité, d'efficacité, et de performance, un vocabulaire appartenant au domaine de la gestion, ils doivent conjuguer et mobiliser des compétences en lien avec ce besoin de résultats.

A travers nos différents modèles d'organisation de plus en plus éclatés sur nos territoires, l'adaptabilité est nécessairement de rigueur. Ces éléments constituent désormais notre environnement de travail. Néanmoins, cette collaboration ne pourra se faire qu'à la condition de générer un collectif de travail qui permette l'atteinte d'objectifs communs. Guy le Boterf parle de compétences collectives qui créent une certaine qualité du tissu des relations de coopération en faveur d'une mise en œuvre par les acteurs.

Par conséquent, cette sous question admet le fait que le rapprochement des cadres et leur coopération mutuelle, pourrait se corréliser à une efficacité dans le travail due à une compétence collective et pourquoi pas dans la répartition équitable des ressources. En tout cas, le partage et les échanges permettent une union des compétences individuelles pour faire émerger de la performance collective.

⇒ Deuxièmement, pour ce qui est de l'objectivation de la charge en soins par un outil :

Nous pourrions considérer que les établissements qui ont pu se doter d'un outil d'évaluation de la charge de travail ont pris de l'avance sur les autres. Car aujourd'hui, le fait de rendre concret la charge de travail argumente et donne de la crédibilité à l'adéquation des ressources au regard des besoins du terrain. Actuellement, cela risque de demander une mobilisation plutôt importante des structures (en système d'information, en budget et en communication) et des équipes (en formation et en acculturation) pour installer un outil d'évaluation de la charge de travail fiable et interfaçable avec le dossier informatisé du patient. Ces freins techniques et financiers peuvent se voir lever au plus haut niveau (portage politique et stratégique de ce champ-là). En Suisse « ils ont eu depuis 2005 deux ministres, la santé et les finances qui ont décidé de faire corps pour porter la réorganisation technique et numérique de l'hôpital ensemble ». Nous explique le DS adjoint.

L'outil de la charge en soins PRN en suisse, est une méthode analytique payante. Son appropriation est à un stade particulièrement avancé. Il leur permet d'aller jusqu'à extrapoler scientifiquement sur les données qualitatives. Leur remarquable maîtrise du logiciel et leur culture de 15 ans en arrière nous semble difficile à rattraper.

En France, l'évaluation des soins infirmiers individualisés à la personne soignée SIIPS qui a débuté en 1982 à l'hôtel DIEU à l'APHP, ne s'est pas beaucoup répandue et n'a pas été forcément perenne, même s'il subsiste encore dans certains établissements tels que le CHU de bordeaux. C'est une méthode globale et synthétique en MCO déployée gratuitement par ÉROS (Étude en recherches d'organisation des soins). Le SIIPS « est une méthode à seuil

sans variable intermédiaire avec des multiplicateurs qui nécessite un relevé quotidien »⁴³. Techniquement les profils sont définis par quatre coefficients : 1,4,10 et 20 (en fonction du temps de prise en charge et trois dimensions sont définies : Soins de base, soins techniques et soins relationnels. L'ATIH (Agence Techniques de l'information sur l'hospitalisation) : a intégré les SIIPS dans l'échelle nationale de coûts comme possible clé de répartition pour la charge en personnel. Il est utile de rappeler que c'est une méthode qui doit être complétée par l'évaluation des activités afférentes aux soins qui constitue une estimation et non un temps exact chronométré. La charge en soins représente environ 50% de l'activité d'un poste soignant aujourd'hui, d'où l'intérêt d'évaluer les activités afférentes autour.

Pour ce qui est des compétences des cadres à travers des formations collectives internes :

- ⇒ Des séances de travail en interne pour que l'équipe d'encadrement travail ensemble auraient en effet un triple intérêt, sur le plan technique :
 - discuter autour des pratiques de l'encadrement, et par conséquent les partager pour les harmoniser,
 - mettre à niveau, voire augmenter les compétences techniques des cadres autour des outils de gestion du personnel, au bénéfice d'un gain de temps (éviter de refaire des tableaux Excel, utiliser les compteurs, ...)
 - avoir des données fiables sur son activité... tenue à jour, pour permettre un rapport d'activité des soins et des tableaux de bord de suivi d'activité reflétant la réalité du terrain.

Sur le plan relationnel et communicationnel :

L'intérêt est majeur dans ce qui peut être dit, ce qui peut être porté ensemble par une équipe d'encadrement. Cette question nous a paru essentielle car, peu investi au sein de nos établissements en France, nous gagnerons à professionnaliser les cadres autour de cette fonction de communication. (Aux équipes, aux usagers...)

Absolument primordial, la pratique nous a montré que les informations modifient les comportements. Une personne n'attend pas de la même façon selon la visibilité qu'il a sur l'heure de sa prise en charge par exemple ou un soignant qui sait qu'il n'a pas de relève va anticiper son organisation pour une poursuite de son activité au-delà de son heure de fin de vacation. Dans l'intérêt de limiter les conflits, il faut dire la vérité, aller au-devant des équipes ne pas attendre que le climat se tende, faire du respect de l'autre une priorité absolue, et assainir les relations entre tous.

Dans le leadership émotionnel dont nous faisons référence dans notre partie théorique, le cadre qui anticipe, et adapte son discours à la situation, a plus de chance de réussir à négocier avec ses équipes la couverture de l'unité de soin en cas d'absence.

Ce modèle de leadership correspond à⁴⁴ :

- développer la conscience de soi (se connaître, connaître ses émotions, les identifier pour prendre des décisions et être d'accord avec ses propres décisions)

⁴³ Marie-Christine WEIDER, Moufid HAJJAR - Gestions Hospitalières n°550 – novembre 2015 – contrôle de l'indicateur de charge en soins SIIPS- P.531-p.535

⁴⁴Stéphanie CARPENTIER – Dr expert en management des ressources humaines et prévention de la santé au travail. Le leadership émotionnel, gage de performance et de qualité de vie au travail ? Publié le 29 mars 2019 -linkedin

- gagner en maîtrise de soi (maîtriser ses impulsions)
- un état d'esprit positif (remettre à plus tard la satisfaction de ses désirs)
- développer la conscience sociale (empathie dans les relations)
- gérer les relations humaines 'savoir les influencer éthiquement
- susciter l'adhésion et la motivation des équipes (pour plus de performances personnelles et organisationnelles).

⇒ Troisièmement, la nécessaire valorisation des cadres à travers un projet managérial

Nous avons pu le constater, sur le modèle français, les cadres demandent de la clarté, de la compréhension, de la synchronisation et notamment de la cohérence quant aux décisions qui sont prises aussi bien à la direction des soins, qu'à la DRH. Ce qui nous montre, qu'il y a à la fois le besoin de se sentir positionner par sa direction et réellement ce besoin de reconnaissance à travers les actions à déployer en termes de gestion des ressources humaines. Le DG est généralement à l'initiative du projet managérial, qui en France a tendance à s'intégrer au sein même du projet d'établissement. Mais beaucoup d'établissement ne le font pas. Qu'est-ce que c'est que ce projet managérial ? Il correspond au plan stratégique de l'établissement en Suisse. Il accompagne au mieux tous les acteurs impliqués dans la gouvernance de l'institution, il permet des échanges au bénéfice d'une communication managériale la plus optimale possible et intègre une réflexion d'ensemble sur la bienveillance et l'éthique professionnelle. Nous avons pu voir que cette vision partagée du management à travers un projet managérial n'est pas systématique dans nos hôpitaux français. Faut-il ou pas, pour le DS décliner sa manière de manager sans pour autant passer par un projet managérial initié par le DG et par quel moyen ? Le terrain, nous le dit, les cadres en ont besoin, pour s'approprier une vue managériale collective, pour se sentir une appartenance institutionnelle et pour satisfaire un besoin de reconnaissance. Si stratégiquement, il nous semble important de le situer très haut dans la méthode, nous verrons que rien n'empêche un pilotage de terrain.

Ce besoin de reconnaissance, tout à fait légitime, et les auteurs en parlent.....participe de ce que peut représenter l'engagement et la motivation à déployer par l'encadrement.

Pour autant, faut-il le spécifier ou non dans le projet managérial, il n'y a pas de propositions claires sur le support et la manière de le faire. Ce qui compte pour ces cadres, c'est le sens à donner à leur cœur de métier, à savoir l'organisation des unités de soins.

A travers, l'exemple de la Suisse nous pouvons constater que le discours est tout autre, ils sont entièrement satisfaits d'avoir une « vision » depuis quatre ans et avoue que la différence entre le management d'hier et d'aujourd'hui s'en ressent. Cette certitude d'aller tous dans le même sens, d'avoir un cap, et de construire une projection conforte la raison pour laquelle ils viennent travailler chaque jour. Et, en effet, ils ont un double appui, le plan stratégique de leur établissement soutient la collaboration managériale, la « VISION 2020 ». Cette « VISION 2020 » conçue, élaborée, impulsée par le CGS, déployée par l'équipe d'encadrement et partagée par tous les collaborateurs, et j'insiste vraiment sur tous les collaborateurs (aussi bien, soignants, médicaux, techniques, administratifs) sans exception, valorise le soin et la qualité de la prise en charge du patient.

En fait, ce qui compte c'est de sortir de l'ombre, mettre le soin en avant n'est pas un sujet tabou chez les Suisse et c'était « LA » condition pour sortir de cette pudeur naturelle qu'ont toujours eu les soignants de se retrouver dans un second rôle. « PORTER LA VOIX DU SOIN » comme a dit le CSSP. Ils le font très bien à travers leur présence sur le terrain, et aussi la recherche paramédicale notamment. Cette dernière a pris de l'ampleur et représente autant d'intérêt que la recherche médicale en Suisse. En France, la question de la recherche n'a clairement pas été évoquée, et à aucun de nos entretiens.

Au total, nous dirons que cette question confirme l'exigence d'une valorisation de l'encadrement à travers un projet institutionnel, mais pas forcément par un projet managérial... mais probablement à minima à travers un axe sur le renforcement des compétences managérial au sein du projet de soins. Axe pour lequel ils auront pris part dans l'élaboration.

3.4.2 Les pistes de réflexion émergentes

En discutant avec les différents acteurs, nous comprenons que selon la grille de lecture des professionnels, l'approche est différente et le traitement de l'absentéisme est différent.

La responsabilisation, l'insertion du collectif de travail, la psychologie positive, les compétences collectives pour co-construire et le concept de thérapie sociale sont les notions qui synthétisent, notamment pour les directeurs interviewés ce chemin à parcourir dans ce management complexe.

De quoi s'agit-il ?

- Du lien dans les relations interpersonnelles (lien social) pour un langage commun
- De conjuguer l'ensemble des compétences au profit d'un travail d'équipe
- De créer du lien en faveur d'une dynamique et d'une construction collective
- De favoriser du liant avec la direction des soins et la DRH
- De valoriser nos pratiques et mailler notre réseau en faveur du sens à donner à notre cœur de métier
- De créer des jonctions fluides en faveur d'une continuité dans les parcours de soins pour l'utilisateur
- De fluidifier par un fil conducteur les relations pluridisciplinaires pour donner du sens à donner à nos métiers dans l'intérêt d'une bonne qualité des interfaces.

En effet, ce concept de Thérapie sociale, rapporté par la CGS de Suisse, va au-delà, de la formation d'un groupe pour coopérer, c'est un concept inventé par Charles Rojzman⁴⁵, qui est né « *de l'urgence de guérir les blessures collectives du passé et de prévention de nouvelles violences dans un avenir dont l'horizon pour les individus est plus qu'incertain. Elle est une éducation à la vie démocratique, une vie collective qui crée des espaces et des institutions dans lesquelles la démocratie est réellement vécue et appliquée, où le débat démocratique, c'est-à-dire un débat conflictuel est possible* »

Il expose ses principes fondamentaux et forme des acteurs du système public et privé hospitalier pour satisfaire les nouveaux besoins de cohésion sociale. L'outil essentiel est bien évidemment soi-même et sa compétence à rencontrer l'autre.

Sans oublier la définition technique du mot « communication », cela nous rappelle le sens relationnel du terme qui veut dire communier, rentrer en communion avec l'autre.

De même, un autre DRH, nous a parlé de la psychologie positive : elle se définit par « *l'étude scientifique des forces et des qualités qui permettent aux individus et aux communautés de s'épanouir* ». En deux mots, elle étudie les émotions, les traits de personnalité et les institutions qui marchent. Elle suggère une attitude positive en toute circonstance là où la psychologie positive considère que certaines situations requièrent d'être regardées avec réalisme ou négativité ». L'hypothèse de cette théorie est basée sur « le fait que si certaines personnes

⁴⁵ Charles Rojzman Igor et Nicole Rothenbühler (2015) La Thérapie Sociale | Rakuten. (s. d.).La chronique sociale.

surmontent mieux que d'autres les difficultés de la vie, il sera possible de développer ces qualités chez tout un chacun »... une pseudoscience basée sur l'autosuggestion !

Doit-on aller vers ce type de préoccupation pour favoriser la santé mentale de nos cadres de santé ? En tout état de cause, le point commun de toutes ces sous-questions, est bien le besoin de liant entre nous !

Le liant⁴⁶ se définit comme, « *ce qui est propre à lier, à maintenir ensemble différents éléments, à assurer leur cohésion ou leur union. En parlant d'une personne, de son comportement, de ses qualités, le liant est enclin ou propre à nouer des relations de société* ». On y retrouve aussi dans la définition une notion de flexibilité, « *Qui se plie facilement, est souple, élastique* ». Utilisé dans le domaine culinaire, le liant obtenu par la fécule du riz ou de la pomme qui rend consistant le rapprochement des éléments.

Nous pourrions lire cette analyse comme étant pour le DS, un management qui chercherait à développer du liant pour anticiper la gestion des situations difficiles et en particulier l'absentéisme ce qui nous a permis de répondre à notre problématique de départ.

⁴⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/liant>

PARTIE 3 : PRECONISATIONS

En considérant que l'absentéisme soit pris en compte dans sa globalité, pour être efficace sur le déploiement stratégique des mesures se rapportant à cette problématique, notre intérêt serait d'agir sur toutes les portes d'entrées possibles. Cela permettra de conjuguer nos efforts ensemble et à tous les niveaux pour espérer des améliorations et être volontairement partie prenante dans la politique de maîtrise des ressources.

Nous nous sommes donc inspirées du modèle de Processus stratégique de Pearson⁴⁷ (2014) pour encadrer de manière complémentaire, non pas l'absentéisme lui-même sur lequel les leviers sur les causes peuvent se révéler minimes, mais bien sur la politique de gestion des ressources humaines de notre hôpital pour améliorer l'ambiance au travail et générer de la satisfaction pour donner envie aux professionnels de venir travailler et surtout de rester au travail.

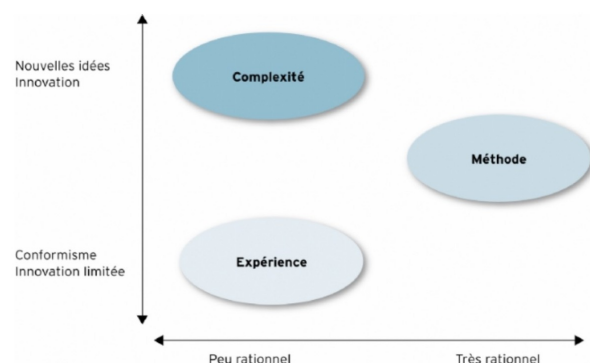
Rappelons-nous d'une part, l'objet de notre travail. La qualité de management du cadre, dans sa capacité à gérer les relations avec son équipe, et l'essentielle dimension humaine dans les interactions avec l'environnement professionnel à prendre en compte.

Et d'autre part souvenons-nous de nos axes d'exploration qui prennent en considération : l'affichage de la politique institutionnelle valorisant les cadres dans cette gestion, la collaboration de l'encadrement des pôles pour objectiver la charge de travail, et la professionnalisation des cadres à travers une possible montée en compétences managériales à travers la maîtrise d'outils institutionnels partagés.

Le rôle du DS⁴⁸ est de clarifier la stratégie aux yeux des cadres de santé, pour la mettre en œuvre en alignant les organisations avec les équipes qu'ils pilotent. Il s'appuiera sur l'adaptation des préconisations et l'optimisation des données. Il nous semble opportun de rappeler que l'étroit travail de collaboration avec le DRH reste primordial. L'important pour le DS, est de s'assurer des bonnes compétences aux bons endroits, de la continuité des soins, de la qualité des prises en charge... et cela ne sera possible que si l'ensemble des acteurs comprennent le sens de leurs actions. D'où l'importance du DS dans l'aide à l'appropriation des préconisations qui seront déclinées ici. C'est pourquoi, nous allons poser des préconisations qui vont aider à répondre à des conditions favorables de travail pour les cadres de santé à travers 4 prismes qui constituent selon nous le processus stratégique dans son ensemble conforme au bon sens, à la rationalité.

- ⇒ Le prisme de la méthode
- ⇒ Le prisme de l'expérience
- ⇒ Le prisme de la complexité
- ⇒ Le prisme du discours

Sources : D'après Gerry Johnson, Richard Whittington, Kevan Scholes, Duncan Angwin, Patrick Regner, Frederic Fery STRATEGIQUE – Pearson – 10eme edition.



⁴⁷ Frédéric Fréry, Duncan Angwin, Gerry Johnson, Patrick Regner, Kevan Scholes, Richard Whittington (2014) STRATEGIQUE – Pearson – 10ème édition.

⁴⁸ Référentiel de compétences du DS

1 Le prisme de la méthode

D'abord, quand on parle méthode, il faut entendre se placer au plus haut niveau d'appui pour le DS. Nous partons donc du postulat que le choix délibéré du DG, chef d'orchestre de son établissement soit celui d'une politique institutionnelle, en faveur d'une maîtrise de l'organisation hospitalière au sein de son contexte environnemental. S'inscrire et participer ensemble avec tous les directeurs fonctionnels dans cette dynamique nous paraît essentiel, car c'est en développant les compétences actuelles et en préparant celles de demain, qu'un hôpital peut anticiper les futures évolutions et faire face aux défis à venir. Pour cela, les pratiques managériales gagnent à être définies dans un projet managérial pour favoriser un axe du projet de soins dans ce même sens.

En sa qualité de pilote des équipes d'encadrement, et pour être en accord avec ses missions propres, le DS définit, en lien avec les orientations stratégiques du projet d'établissement, une politique managériale et une stratégie d'opérationnalisation.

1.1 S'adapter au périmètre du pilotage stratégique

La vision que nous avons du DS tient compte de sa position à l'intérieur de son établissement, et bien plus encore aujourd'hui, à l'intérieur du GHT. Les dispositifs stratégiques d'une structure hospitalière, effectivement, transversaux et englobant, se doivent d'être plutôt homogènes pour favoriser leur compréhension et leur appropriation par tous les acteurs de l'organisation. Nous l'avons vu, la problématique de l'absentéisme est généralement interne à la structure. Toutefois, il nous semble indispensable, à l'heure des structures inter-sites, de rappeler ici l'importance d'éviter une dichotomie entre les différents établissements d'un même hôpital, à défaut de pouvoir déjà l'envisager au sein d'un même groupement hospitalier.

L'enjeu est important, car, choisir de travailler de concert sur la mobilité des professionnels, la gestion des compétences, le développement de recrutements inter-filières, la professionnalisation des recruteurs, sont autant de raisons qui vont pouvoir agir sur la politique d'attractivité, de fidélisation des professionnels, de développement des compétences en termes de parcours qualifiants, et de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Pour favoriser l'appropriation de tous, et principalement de l'encadrement aux logiques stratégiques via le projet de soins, le DS se devra d'inscrire ce processus dans la durée. Gersick (1994, P.12) parle d'enracinement stratégique au sein du noyau dans un premier temps, pour ensuite l'envisager, dans un contexte de territorialisation, ainsi un continuum à l'extérieur de l'hôpital au bénéfice d'un pilotage coordonné dans le territoire. Certains auteurs parlent du management stratégique endogène et exogène⁴⁹. Nous avons pu mettre en évidence des séances de travail régulières entre les acteurs stratégiques de l'ES se faisant en faveur d'un pilotage stratégique collaboratif.

De telles stratégies supposent, tant dans leur élaboration que dans leur réalisation, un travail en réseau permettant une coopération entre les acteurs pour une synergie dans le travail et dans la connaissance partagée des ressources du territoire. Seul un management basé sur

⁴⁹ Management stratégique et dynamique d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture
Gaëlle Dechamp, Hervé Goy, Amaury Grimand et François Xavier De Vaujany
Dans Management & Avenir 2006/3 (n° 9), pages 181 à 200

le professionnalisme et la confiance peut contribuer à opérationnaliser la coopération. Une charte peut constituer la base d'une projection commune.

Il nous paraît important de rappeler ici, qu'une organisation médico-soignante structurante performante et stable au niveau des unités de soins est bien la base de tout avant d'envisager d'élargir la réflexion aux pôles, à l'institution et au territoire. Etre efficace sur les organisations de soin, notre domaine d'expertise à savoir le management par la clinique en premier lieu nous paraît être ici incontournable, c'est un prérequis.

1.2 Structurer la direction des soins

Sans négliger l'incontournable nécessité de travail de cohésion au sein des équipes de direction et des rencontres régulières du trio DG/PCME/DS dans le pilotage exhaustif de l'institution, nous nous attarderons sur le positionnement du DS.

En réalité, le directeur des soins, nommé par le Directeur général à un positionnement institutionnel qui le place au carrefour d'informations stratégiques, décisionnelles et organisationnelles. Il peut difficilement appréhender sa coordination des soins sans établir des liens structurés et cohérents avec l'ensemble de ses collaborateurs. Pour cela la structuration de sa direction appelle à considérer l'ensemble du périmètre de ses missions, afin que soit satisfaite la prise en charge des patients. Le modèle suisse nous montre l'importance d'être au service de la coordination des unités à travers le placement dans l'organigramme de cadres supérieurs appuyant le positionnement du DS. Ils ont en responsabilité la synchronisation des dossiers transversaux qui rapprochent et permettent à la fois :

- Une concordance entre la stratégie transversale (communication, système d'information, projets) et les pratiques professionnelles (recherche, méthodes de soins, performance, formation, suivi des pratiques soignantes, flux patients, gestion des professionnels...etc).
- Un maillage entre les ressources humaines et financières (compétences et efficience), l'organisation des soins (pratiques professionnelles et performance cliniques à travers le système d'information et la recherche et développement), le patient partenaire (prise en charge clinique) et les partenaires externes (initiatives, réponses à l'urgence, gestion des flux, proches-aidants).
- Une mise en œuvre du concept de promotion des soins dans l'institution pour promouvoir l'attractivité des professions, l'image du centre et la valorisation des professionnels.

Christine FERRON de la FNES⁵⁰ s'est exprimé récemment lors d'un colloque à Bordeaux sur la nécessité pour les acteurs du soin, d'intégrer la vision politique inhérente à la démarche de promotion de la santé, et elle dit « *La promotion de la santé à l'hôpital suppose de s'intéresser aussi bien à la qualité de vie et au bien-être des patients et de leurs proches, qu'à la qualité de vie au travail des personnels. Un CHU dans les DOM qui est inscrit dans la démarche des hôpitaux promoteurs de santé depuis 2009 a mobilisé le concept global de qualité de vie au travail. Les porteurs de la démarche ont considéré l'hôpital comme une organisation, un lieu de vie traversé par des enjeux sociétaux comme l'égalité professionnelle femmes-hommes ou*

⁵⁰ Christine Ferron – Fédération nationale de l'éducation et de la promotion de la santé Colloque Lieu de santé promoteur de santé – Bordeaux, septembre 2019 - Table ronde « Hôpital sur le territoire, responsabilité populationnelle »

l'équilibre des temps de vie, des enjeux de marché renvoyant aux exigences des patients et à la notion de concurrence, des enjeux liés à la nature du travail, à son sens et à son utilité. Quatre grands axes d'organisation ont été définis en réponse à ces enjeux : la qualité de vie au travail comme un levier de management stratégique, le développement du vivre et du travailler ensemble, l'amélioration de l'accueil et de l'intégration dans les services, l'amélioration de l'environnement de travail. Tout au long du projet, il est question d'équité, d'appartenance, de participation. La promotion de la santé à l'hôpital suppose d'appliquer en interne des principes méthodologiques à forte connotation politique et éthique, qu'on ne peut pas cacher sous le tapis.»

Notre responsabilité de DS dans la confiance à installer avec l'équipe d'encadrement est primordiale. Fondée sur l'éthique, nous comprenons à travers le terrain, l'importance de renforcer le collectif de travail à travers la compétence ; Mais aussi la motivation et la visibilité au travail pour les cadres de santé en faveur d'une reconnaissance managériale institutionnelle. Nous insistons ainsi sur la lisibilité d'une ligne visuelle donnée par le DS à travers l'organisation structurée de ses équipes de cadres dans l'institution. L'accueil des nouveaux arrivants est primordial pour transmettre très tôt cette vision.

Pour que les démarches de prévention des RPS soient les moins éloignées possibles de la réalité du travail, la nécessité d'une meilleure compréhension globale du phénomène par tous les acteurs, ainsi qu'une analyse et une approche différentes de celle d'aujourd'hui nous semble incontournable. L'exigence de performance que nous réclame l'institution implique une gestion dynamique et souple des ressources humaines et des compétences.

Au demeurant, et conformément à leur niveau de connaissance et à leur expérience de terrain, la stratégie à décliner par le DS se verra alimentée.

2 Le prisme de l'expérience

Aborder la stratégie par le prisme de l'expérience, nous permet une approche collective et culturelle de terrain au regard des routines organisationnelles. La déclinaison d'un management qui intègre la QVT dans une réalité de conflits et de tensions diverses nous préoccupe. Quelle est notre priorité ? Quel sera notre mode de fonctionnement et de concertation ? La structure d'encadrement et la coordination au bon fonctionnement de l'équipe et à la prise de décision nous questionne, toutefois la situation contextuelle et les réactions en face nous imposent d'envisager dans le lien entre dimension politique et conduite des actions, de développer de la qualité dans les rapports, dans les interfaces et dans la coordination.

2.1 Donner de la cohérence managériale à l'équipe d'encadrement.

Pour créer un milieu de travail stimulant, nous pensons qu'adopter une démarche qui utilise l'intelligence des situations managériales de terrain peut renforcer les compétences à acquérir par les CS. Cela veut dire que l'on pourrait imaginer par exemple qu'un cadre qui utilise et encourage la culture de l'intégration des connaissances au sein de son équipe en réinvestissant les formations suivies par ses agents au sein même des pratiques quotidiennes est une bonne chose et qu'il faille l'envisager de manière pérenne. Utiliser ce qui se fait de bien par les cadres au sein des pôles ou des unités gagneraient à valoriser leurs pratiques managériales et leurs potentiels. A travers ses rencontres, le DS et ses cadres, peuvent travailler des sujets autour de pratiques managériales de terrain identifiées comme pouvant être propices à des développements nouveaux notamment au sujet de l'absentéisme, de la mobilité des

professionnels ou des réintégrations ou redéploiements de professionnels. Cela aura le bénéfice d'améliorer les conditions de travail du cadre (qui se sentira appuyé et reconnu par sa direction), de favoriser le travail collectif, et la co-construction de pratiques en lien avec la vision donnée dans l'institution. Ce management bienveillant et bien-traitant facilitera ainsi l'installation de la confiance et dans le même temps l'autonomie du CS. Travailler ensemble la compétence des soignants en faveur de la mobilité ou de la polyvalence. Cette notion de mobilité est malmenée aujourd'hui, car elle est pour beaucoup synonyme de mise en insécurité pour les soignants d'où l'intérêt de retravailler quand cela s'avère nécessaire, sur des périmètres beaucoup plus restreint que la logique polaire.

Les suisses sont en expérimentation d'un modèle qui s'appelle « le dispositif feed-back 180° »⁵¹, dans une optique de développement, pour favoriser les échanges entre les cadres de santé et leurs équipes quant à leurs pratiques managériales. Une méthode structurante pour décliner le projet de soins au regard des potentiels de chaque cadre. Il nous a paru très intéressant dans sa réalisation bienveillante, toutefois, cette méthode ne peut être transposable qu'à la condition d'un milieu social serein et apaisé.

De même, impliquer les managers dans les décisions qui les concernent par une acculturation de pratiques collaboratives nous semble à renforcer. La charge mentale des cadres est souvent rapportée comme étant à l'origine de manque de liens et d'échanges.

Les nombreuses restructurations impliquent souvent de se parler pour prendre ensemble des décisions de réorganisation et probablement moins ressentir les effets de manques de ressources humaines. Une dynamique de coopération professionnelle dans une vision de parcours qui doit amener à décroïsonner les différentes disciplines et impliquer l'ensemble des managers dans l'analyse des situations et l'aide à la décision.

Dans sa responsabilité, le DS vecteur de relation, peut favoriser la lisibilité des organisations médico-soignantes, par une démarche participative, pluri-professionnelle et des logiques soignantes partagées. L'intérêt étant d'associer plus largement les cadres dans la construction et la définition des modalités de mise en œuvre des différents projets et programmes.

2.2 Faciliter la gestion des ressources humaines au sein des pôles

Le manque de moyens humains a été très souvent évoqué, et, puisque nous n'avons pas forcément de leviers sur les absents, pourquoi ne pas passer par le biais de la prévention, de l'évaluation de la productivité de soins des personnels physiquement présents.

En collaboration avec la DRH et les équipes d'encadrement, il serait probablement pertinent de mieux s'approprier les outils de gestion RH et notamment la construction d'un indicateur pour évaluer le taux de personnel soignant présent (Nombre d'ETP physiquement au travail) que nous pourrions corrélérer à la production de soins.

C'est une façon d'aborder le phénomène en s'appuyant sur notre capacité à valoriser ce qui se fait de bien, mais aussi et surtout, de s'assurer qu'une ligne de marquage puisse déterminer le stade en dessous duquel, cette qualité ne saurait être viable. Si la charge de travail augmente et que le personnel diminue, on risque de se retrouver dans une limite basse de l'indicateur, et

⁵¹ FEEDBACK 180° : est une démarche qui ne relève pas d'une évaluation formelle du cadre de santé, mais bien d'un retour d'observations de ses compétences managériales de la part de son équipe. Expérience bénévole qui suit une méthode d'accompagnement appuyée avec la DSO et la DRH pour confronter la perception du cadre à celle de ses collaborateurs et identifier ses points forts pour en dégager des axes de développement prioritaires.

devoir faire le constat d'un probable diagnostic de souffrance au travail, face à une intensification de la charge de travail qui risquerait de diminuer la qualité de la prise en charge. A contrario, au regard des critères d'efficience, si le taux de personnel augmente et que les activités diminuent, on risque d'avoir une augmentation de la masse salariale qui risque de nous mettre à découvert. Quand bien même, cela est de la responsabilité de la DRH, le DS doit garder en filigrane dans la gestion de ses équipes l'objectif de la maîtrise de masse salariale, car une augmentation serait à craindre. Un travail de collaboration étroit à proposer au cadre de santé à conditions que la stratégie institutionnelle soit clairement définie, qu'il possède les compétences pour manipuler la démarche et que sa posture soit la bonne. Au vue de l'impact de cette problématique sur le dialogue social et la qualité relationnelle, l'une des clés de réussite de ces actions pourrait être en lien avec le leadership émotionnel dont nous parlions dans la partie théorique, mais aussi avec le développement de l'autonomie, et l'éthique professionnelle du CS. Et là encore, la mobilité et la polyvalence des équipes nécessite d'y réfléchir en équipe.

3 Le prisme de la complexité

Le prisme de la complexité nous oblige à intégrer la diversité de nos situations de terrain et l'évolution de notre environnement de travail. Nous savons aujourd'hui que la majorité des faits déclencheurs de mouvements syndicaux sont liés au manque de remplacement des agents absents dans les unités de soins. Le DS, en binôme avec le DRH est très souvent concerné par les réunions de négociation pendant le préavis de grève, ou dans les situations de débrayage. Il prendra nécessairement attache auprès des cadres de santé pour avoir le maximum d'informations, rencontrer les équipes afin de déminer les situations de tension.

3.1 Prendre la moins « mauvaise » décision

Dans son rapport de 2009⁵², Chantal de SINGLY le dit « *En interne le contrôle sur le respect des règles du jeu de l'organisation relève bien entendu du directoire, toutefois, les cadres sont en tant que tels représentés en CTE et si un espace cadre appuie cette représentation, les cadres disposeront des lieux pour débattre des règles du jeu managérial et intervenir. Avant cette saisine des instances, il est vraisemblable que dans une organisation hiérarchique clarifiée, les cadres auront pu évoquer auprès de leurs responsables les difficultés rencontrées dans leur positionnement de cadre ; le respect des règles du jeu concerne tous les managers, y compris bien entendu les médecins en tant que chef de pôle ou chef d'unité médicale, y compris aussi les cadres eux-mêmes vis-à-vis des cadres qu'ils encadrent, et de leurs équipes, de leur propres encadrants. Le chef d'établissement doit rester un recours pour les cadres si la ligne hiérarchique est parasitée* ».

Si la communication managériale a, à toute son importance, et on le verra dans le point suivant, il sera fatalement utile de mobiliser notre intelligence de situation pour répondre et maîtriser la crise à cet instant précis. Les injonctions paradoxales remontent souvent à la surface à ce moment-là, la place de l'identité sociale dans un collectif, la faible rentabilité de l'effort individuel, la difficulté des tâches face à l'attendu des résultats, le défaut de coordination, l'incompréhension du sens des actions, le poids de la rumeur, les rôles et les enjeux de pouvoirs... Bref, de très grands moments de solitude pour les managers qui ont le devoir d'un

⁵² RAPPORT de la « Mission Cadres Hospitaliers » 11 septembre 2009 de Chantal de Singly.

feed-back précis, maîtrisé, contenu et en même temps authentique et rassurant. Dans la vraie vie, il faudrait pouvoir se saisir de toutes les compétences communicationnelles dont nous disposons pour installer une autorité intelligente et assertive, tout en inversant l'inertie vers une stratégie d'alliance pour lever les résistances. Communiquer en situation de conflit n'est pas évident. Exposés à divers événements générateurs de crise qui restent des moments souvent soudains aux conséquences parfois lourdes, savoir communiquer en situation de crise vise à éviter une disproportion entre l'importance des faits et l'amplification médiatique. Les représentants syndicaux, sont aujourd'hui plutôt bien formés, et ces situations parfois très violentes qui s'assimilent à des scènes de théâtre sont particulièrement énergétivores et déstabilisantes pour les cadres de santé.

Ce sont des moments à démystifier probablement et à aborder autrement que dans le conflit, mieux se connaître et prendre du recul. Frédéric Spinhirny conseille dans un de ses articles de se saisir de la colère et du conflit comme modalité du dialogue social. « *Ce serait de nouvelles compétences à acquérir pour favoriser la régulation des rapports interpersonnels au travail car il est important selon lui de réapprendre comment les individus fonctionnent affectivement* »⁵³. Les CS ont besoin d'outils pour gérer le stress et prendre des décisions efficaces afin d'induire une adaptation stratégique à ces difficultés. Cela fait appel à un savoir être et un savoir-faire maîtrisé pour une application opérationnelle adaptée.

Tout au moins, si ces situations peuvent s'avérer légitimes voire nécessaires, il faut pouvoir après la crise, reconstruire et réinstaller la confiance. Et pour cela, revenir à des éléments très factuels. D'où l'intérêt d'interroger les organisations médico-soignantes pour leur donner plus de visibilité et maintenir, valoriser et rendre efficace le travail collectif.

3.2 Renforcer les compétences managériales pour favoriser la professionnalisation

Décider est un exercice de management. Dans leurs décisions au quotidien, les cadres de santé sont pris dans un ensemble de contraintes liées aux réseaux professionnels complexes dans lesquels ils s'insèrent et dans des "conflits d'orientations" entre les différentes manières de dire et de faire ce qu'ils font. Les décisions courantes des cadres de santé concernent des domaines plus vastes et plus hauts dans la hiérarchie. Les données objectives sur la charge de travail, la visibilité sur l'organisation médico-soignante sont autant d'éléments qui participent à prendre une décision éclairée et surtout à se faire comprendre par son équipe. Toutefois, si la formation des cadres paraît une base nécessaire pour se préparer à ce genre de situation, les non-décisions peuvent aussi parfois contribuer à la décision.

L'importance d'une coopération entre tous les "cadres hospitaliers" pourrait faciliter le fait d'être au clair avec ses propres décisions et celles du corps cadres dans ces situations extrêmes. Effectivement une objectivation des choses pourrait permettre de consolider une argumentation avec laquelle les cadres de santé seraient en phase, se sentiraient soutenus et éviteraient de générer de la culpabilité. Donc cesser de craindre de ne pas prendre la bonne décision. Les établissements gagneraient à favoriser un espace de réflexion et d'échanges entre cadres pour organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement.

Aujourd'hui, beaucoup d'institution se sont dotés de dispositifs de remplacements sous la forme de réservoir de professionnels remplaçants, de pool de remplacements, ou sur l'appel à

⁵³ Frédéric Spinhirny - Le management de la colère – Avril 2017 Gestion Hospitalière n° 565 p202-206

volontaire de soignants. Cela s'est fait de manière variable suivant la politique adoptée par l'hôpital. Toutefois, si l'enjeu du pool est de diminuer l'impact de l'absentéisme sur les conditions de vie au travail, de professionnaliser le remplacement et de développer une culture du remplacement dans l'institution, la satisfaction n'est pas tout à fait complète pour l'agent remplaçant et pour l'organisation de soins en fonction de la discipline et eu égard à la progression de l'absentéisme qui semble ne pas s'infléchir.

Il est donc essentiel de redire que ce phénomène multifactoriel nécessite des réflexions et des actions particulièrement élargies sur les RPS, la QVT mais aussi sur nos nouveaux rapports à la valeur Travail.

4 Le prisme du discours

Même si le DS, est vecteur d'acculturation, il est une variable essentielle qu'il ne faut pas négliger et qui est en général non transférable, c'est celle de la culture.

Donner du sens à l'action doit prendre en compte la cohésion comme valeur essentielle, c'est indéniable, pour autant le travail du lien professionnel doit passer par une culture partagée. Cette culture professionnelle, doit prendre en compte la culture sociale et la communication.

La manière dont on s'exprime dépend des époques, du contexte, des outils et des interlocuteurs. Aujourd'hui, à l'aire de l'accélération technologique et numérique, savoir s'exprimer de manière claire et convaincante dans un incessant flot de discours relève d'un véritable défi.

Se faire comprendre constitue une qualité humaine essentielle aujourd'hui d'autant qu'une fracture s'est opérée entre les dirigeants et les managers de proximité. Mettre en exergue un même langage pour communiquer, valider et diffuser la stratégie, c'est considérer le prisme du discours comme étant le canal par lequel les intentions stratégiques seront dévoilées et l'influence politique va impulser une dynamique de coopération pluri-professionnelle.

Nous interrogeons donc là, le partage des valeurs, la culture commune, la compréhension partagée, la communication, la posture de l'encadrement, les comportements.

4.1 Perfectionner le levier de la communication

Souvent perçue comme accessoire, la communication ne semble pas indispensable aux yeux de tous. Nous l'avons vu sur le modèle Suisse, aujourd'hui, ils ont gagné à faire parler la voix du soin. Le soin n'est pas un sujet tabou, et ça n'est pas pompeux de vouloir mettre en avant et valoriser ceux qui le font bien. En effet, culturellement, les soignants se sont longtemps situés en arrière-plan derrière ce corps médical qui représente la force et la décision.

Le besoin se fait sentir d'une réelle revalorisation de leur statut et de leurs missions, effectivement, les plus jeunes le font savoir à travers les réseaux sociaux. La considération de la valeur travail s'est modifiée, et le temps de la « none » est révolu. Les managers, n'ont pas de temps d'avance sur cette génération qui accélère le rythme avec l'apparition des nouveaux médias et cela peut être perçu comme une fragilité dans leur compétence. Il leur est demandé de responsabiliser et d'autonomiser leurs équipes, toutefois, ils voient s'échapper la maîtrise du changement qui oblige chaque collaborateur à prendre une place malgré lui.

A cela se rajoute le fait que la communication avec les équipes fait malencontreusement ressentir leur manque de compréhension ou d'appui des décisions stratégiques qui sont prises. Nos hôpitaux ne jouissent pas d'une légitimité naturelle aujourd'hui....car l'intérêt de la performance à l'hôpital public est remise en cause !

Il nous semble souhaitable d'amener les managers à passer d'une position de relais à un rôle décisif. Nous pourrions utiliser les leviers de :

- L'implication de l'ensemble des managers dans le processus de décision, notamment dans une déclinaison opérationnelle d'une stratégie beaucoup plus participative,
- Veiller à la crédibilité des messages, principalement à destination de leur premier public,
- Diffuser une information mieux structurée et adaptée aux managers, plus réactive et plus spécifique que celle destinée à l'ensemble des collaborateurs, en proposant aux managers, un territoire identifié de communication,
- Continuer à développer le savoir-faire des managers (formation conseil),
- Evaluer l'aptitude des managers à être bons communicants.

Le management est interculturel, il recouvre la gestion des équipes lors de fusion ou de rapprochements d'hôpitaux, la négociation dans l'utilisation harmonisée des outils de gestion, les aspects intergénérationnels, la performance d'équipes multiculturelles de travail, les actions de formation comme l'expérience subjective d'intégration de futurs professionnels.

Nous tenons à y mettre un Bémol quand même, car travailler à partir des valeurs nécessite tout de même, que les valeurs identifiées soient professionnelles et que leur sens soit partagé pour être motivatrices. L'humain est subjectif et les valeurs sont souvent fonction de la conception de notre histoire.

4.2 Communiquer pour répondre aux attentes des collaborateurs

Valoriser le soin aux yeux des usagers induit d'actionner le levier de la commission des usagers (CDU) pour intégrer l'utilisateur tout en lui simplifiant le suivi de la qualité de la production de soins.

L'idée étant de rendre simple la démarche aux yeux de l'ensemble des acteurs concernés tout en créant un environnement propice aux échanges de bonne qualité. Très souvent, le mieux-être d'une équipe peut se construire si chacun fait l'effort de se regarder fonctionner et accepte de se remettre en question.

Le cœur de métier du DS est d'apporter, ou tout au moins de tenter d'apporter, des réponses quotidiennes à des problématiques souvent complexes, en ayant toujours comme finalité le bien-être, la sécurité et la qualité ressentis du service donné auprès de celui qui vient se faire soigner. Aujourd'hui, l'idée est d'associer l'utilisateur à la communication qui est portée. Le prendre à témoin et engager des mesures d'amélioration continue en s'appuyant sur des données probantes. Notre cœur de métier identifie des éléments de performance qui appartiennent exclusivement aux soignants, et sur lesquels on a l'obligation d'agir. (Prévention de la douleur, des chutes, des escarres, des infections...) Porter l'efficacité clinique au quotidien est important aujourd'hui pour recentrer les orientations sur la clientèle en faveur de finalités consensuelles. La CDU est aujourd'hui, le dispositif sur lequel nous pouvons nous appuyer pour faire participer le patient à sa propre prise en charge. Dans les unités, les patients et leurs proches doivent pouvoir compter sur les cadres visibles et accessibles.

Ce chapitre de fin, nous permet de revenir sur l'essentiel que nous avons gardé en filigrane tout le long de notre cheminement dans ce travail, c'est la qualité du soin. Notre priorité se situe sur l'amélioration des pratiques qui ne pourra se renforcer que par la collaboration interprofessionnelle autour de projets cliniques communs. La recherche paramédicale prend tout son sens ici, dans l'offre à proposer demain. Et, si le patient, au bout de la chaîne, où plutôt

au centre du dispositif, reste une constante, le concept de la performance est censé lui servir sur le continuum de sa prise en charge, à savoir sur son parcours de santé en entier.

Afin de produire des changements favorables dans la condition du patient, l'idéal serait de maintenir durablement la dynamique à travers des enquêtes pour évaluer les satisfactions pour garder des éléments objectifs sur les progrès accomplis et les restes à faire.

Afficher une image positive du soin, requiert que les informations remontent du terrain vers la décision, et la gouvernance partagée, peut permettre que des relais soient faits au sein des différents conseils ou commissions d'experts de terrain.

Pour clore cette dernière partie des préconisations, nous dirions que, notre contexte hospitalier aussi riche que complexe ouvre bien des pistes de réflexions sur nos pratiques au quotidien. Et que si ensemble, la créativité peut porter ses fruits, c'est l'environnement qui va nous permettre de trouver et d'ajuster une place pour manœuvrer. La singularité des territoires est comprise par les politiques, elle est maintenant volontairement soutenue par les instructions réglementaires, et nous, les Directeurs de soins aurions tort de ne pas pouvoir s'en saisir pour en faire une opportunité.

Conclusion

Faire le pari de l'efficience dans les établissements publics de santé ne s'est pas décidé sans penser y associer les équipes d'encadrement. Effectivement Chantal DE SINGLY en 2009, en réponse à la demande de la Ministre Mme BACHELOT a rendu son rapport sur la mission cadres hospitaliers. Ce dernier laisse apparaître au vu du contexte de mutations hospitalières, un certain nombre de propositions en lien avec leur implication dans le jeu managérial, mais aussi la valorisation de leur statut de manager. « *En effet, les cadres se trouvent en situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail à l'hôpital, et à défaut de revenir sur la considération tout à fait légitime de la reconnaissance statutaire des cadres.* » il nous a semblé important de réfléchir sur leur bien-être et leur satisfaction au travail pour leur permettre de performer.

Actuellement, réalistes et clairvoyants, les cadres de santé, sont encore prêts à relever le défi à condition que les pouvoirs publics et l'institution hospitalière leur en donnent la possibilité et les moyens. Ils l'expriment, ils souhaitent avoir plus de reconnaissance à travers le projet managérial institutionnel, plus de lien avec les ressources humaines pour une meilleure expertise et une évaluation de la charge de travail qui pourrait permettre de l'équité dans la répartition des ressources soignantes sur le terrain.

C'est une véritable préoccupation pour le directeur des soins, toutes ces transformations d'envergure l'oblige à ne surtout pas s'affranchir de consolider toutes les organisations qui fonctionnent bien d'une part, et à ne pas se laisser déstabiliser par l'absentéisme d'autre part. La complexité du système nous contraint à une adaptation permanente de l'hôpital qu'il faut parvenir à faire passer aux équipes à travers le sens à donner à la prise en charge clinique du patient. La demande sociale est de plus en plus exigeante et ne peut pas se permettre de mettre en conflit le collectif. Et aujourd'hui, nous avons identifié que le risque se situe à ce niveau.

A travers ce travail de croisement de données, théoriques et empiriques, le sujet de l'absentéisme soignant nous apparaît être bien réel. Le contexte nous le rappelle, le fait pour les cadres de se fondre dans une agitation quotidienne tous les jours pour pourvoir à des besoins dans l'immédiateté, ne leur autorise aucun recul. Ils sont happés par des sur-stimulations extérieures qui les obligent à une interruption de leurs tâches de structuration, et leur font perdre à la fois la vision systémique et le sens de la continuité des prises en charge.

A la recherche d'une décision juste, et entre l'individuel et le collectif, c'est un véritable dilemme pour les équipes d'encadrement.

Ce phénomène est la conséquence en effet de désorganisations multiples sur le terrain qui sont appréhendées avec beaucoup de difficultés. Elles mêlent toutes les dimensions d'exposition aux risques psychosociaux, à travers les risques d'intensité au travail, d'exigences émotionnelles, de manque d'autonomie, de rapports sociaux dégradés, de conflits de valeur et aussi d'insécurité socioéconomique. Aujourd'hui, comment revenir à des organisations structurantes de bonne qualité qui ne soient pas menacées par cet absentéisme chronique ?

Notre enquête de terrain nous a conduit à réaliser un comparatif entre le modèle français et le modèle suisse. Et, nous considérons qu'au bout du bout, une place reste encore à prendre dans nos établissements hospitaliers français. Le Directeur des soins doit avoir une vigilance particulière pour recentrer le débat à la fois dans l'intérêt de la qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement qui porte singulièrement le management des ressources soignantes, et aussi dans l'intérêt d'une qualité de prise en charge optimale pour le patient et sa famille.

Il est donc essentiel de redire que ce phénomène multifactoriel nécessite des réflexions et des actions particulièrement élargies sur les RPS, la QVT mais aussi sur nos nouveaux rapports à la valeur « Travail ». Le management proposé cherche à obtenir du liant pour anticiper la gestion des situations difficiles et en particulier l'absentéisme. Pour notre part, il nous a paru important d'insister sur la jonction possible voire essentielle avec la direction des ressources humaines. Le poste de travail demande une gestion des organisations de travail sur le terrain, et le métier se traduit par une mobilisation des compétences. Au total, une approche en matière de gestion des ressources humaines qui associerait de fait le directeur des soins et le directeur des ressources humaines et qui mettrait en exergue une vision institutionnelle commune. A cela se rajoute l'incontournable relation avec les praticiens médicaux qui sont aussi impliqués dans les problématiques de l'encadrement.

Pour boucler la boucle, il nous semble, qu'il est bien question ici, et nous le retrouvons dans la charte d'Ottawa de 1986, d'un rôle politique large du secteur du soin. Cet extrait de la charte est très évocateur de la vision que nous proposons au regard de la situation, et participe amplement à notre conclusion. *« Le secteur du soin doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique de santé multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie favorables à la santé. »* On y trouve, d'une part, le développement du pouvoir d'agir des personnes, pas seulement sous l'angle de *« agir dans le sens prescrit »* mais aussi et surtout, pour réaliser les transformations sociales auxquelles ils aspirent (la notion de *« plaidoyer »*). Et d'autre part, l'implication de l'hôpital dans la vie démocratique de son territoire, et son action sur les facteurs de santé qui y sont déterminants.

La singularité des territoires est maintenant déclinée par nos politiques, elle est volontairement soutenue par les instructions réglementaires, et nous, les Directeurs de soins aurions tort de ne pas pouvoir s'en saisir pour en faire une opportunité.

Une partie de ce travail s'est intéressée à l'évaluation du potentiel des cadres de santé, toutefois, nous n'avons pu en faire état, car cela sortait du périmètre de l'étude. En effet, si le dispositif d'évaluation individuel des compétences des cadres de santé sur le terrain nous a interrogé par sa différence sur les deux structures CH. A et B, il constituait un champ d'analyse plutôt vaste. Ces deux modèles considèrent de manière subjectivement opposée l'adaptabilité de l'encadrement face aux exigences d'une gestion moderne des ressources humaines.

En tout état de cause, le fait que la constitution d'un espace plus ou moins formalisé d'échanges entre cadres, pour renforcer leur positionnement institutionnel soit mis en place facilite l'entrée des cadres dans l'exercice du jeu managérial. *« L'encadrement hospitalier reste au centre du dispositif et la clé de voûte sur laquelle repose toute l'architecture du changement. Situé entre la direction, l'autorité médicale et les personnels, le cadre est à la convergence des décisions prises et des aspirations de ceux qui les appliquent »*⁵⁴.

⁵⁴ RAPPORT de la « Mission Cadres Hospitaliers » 11 septembre 2009 de Chantal de Singly.

Bibliographie

Ouvrages et Mémoires :

- ⇒ Banchet, F (2017). La motivation des cadres de santé : Quel lien avec la stratégie managériale du directeur des soins ? (EHESP), E. des hautes études en santé.
- ⇒ Barbot, J.-M., Fage-Moreel, V., Vaissière-Bonnet, M.-G., & Riet, Z. (2018). Réussir le dialogue social dans la fonction publique hospitalière. Bordeaux: LEH Edition.
- ⇒ Denis Monneuse (2015) - L'absentéisme au travail - 2ème édition - Librairie Eyrolles. Afnor Editions.
- ⇒ Dubar, C. (2015). La socialisation - 5e édition : Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin.
- ⇒ Fedkow, C (2017). La culture de la collaboration : Levier stratégique du pilotage du changement pour le directeur des soins, & publique (EHESP), E. des hautes études en santé.
- ⇒ François Dubet (octobre 2002) - Le Déclin de l'institution – Edition du seuil.
- ⇒ Frédéric Fréry, Duncan Angwin, Gerry Johnson, Patrick Regnér, Kevan Scholes, Richard Whittington (2014) STRATEGIQUE – Pearson – 10ème édition.
- ⇒ Le Boterf, G. (2018). Construire les compétences collectives : Coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux professionnels (3e éd.). Eyrolles.
- ⇒ Michel Louazel Alain Mourier Erwan Ollivier Roland Ollivier Cécile Courrèges (Préface) (août 2018) Management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé. Les Presses de l'EHESP
- ⇒ Quivy, R., & Van Campendhoudt, L. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales (2e éd.). Dunod.
- ⇒ Charles Rojzman Igor et Nicole Rothenbühler (2015) La Thérapie Sociale | Rakuten. (s. d.). La chronique sociale.
- ⇒ Spinhirny, F. (2018b). Hôpital et modernité : Comprendre les nouvelles conditions de travail. Paris: Sens&Tonka.
- ⇒ Westrelin, P. (2014). Examen de l'absentéisme au centre hospitalier de Vitré (35). 80. EHESP, E. des hautes études en santé.

Revues :

- ⇒ Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : Quelles conséquences ? *Gestion* 2000, 35(6), 119-148.
- ⇒ Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 76 86.
- ⇒ Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168 189.
- ⇒ Durat, L., & Bartoli, A. (2014). La face cachée des risques psycho-sociaux : Pour une requalification managériale et organisationnelle. *Gestion et management public*, 3/1(3), 17 43.

- ⇒ Gaëlle Dechamp, Hervé Goy, Amaury Grimand et François Xavier De Vaujany (2006.) Management stratégique et dynamiques d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture - Dans Management & Avenir 2006/3 (n° 9), pages 181 à 200
- ⇒ Guichard, F. (2018). La médiation professionnelle au service du management hospitalier. Revue hospitalière de France, n° 585, pp.24-28.
- ⇒ Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. Ethique & santé, 15, n° 2, 118 124.
- ⇒ Les absences de longue durée pour lombalgie au sein du personnel soignant dans le secteur hospitalier. (2008a). Santé Publique, 20 (hs), 29 37.
- ⇒ Miremont, M.-C., & Valax, M. (2015). Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH, n° 15(2), 15 35. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-%40grh-2015-2-page-15.htm>
- ⇒ Miremont, M.-C., & Valax, M. (2015). Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH, 15(2), 15 35.
- ⇒ Pollak, C., & Ricroch, L. (2016). Les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ? Revue française d'économie, XXXI(4), 181 220. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0181>
- ⇒ Rainville, E. (2019). Le pool de remplacement. Gestions hospitalières, n° 582, pp.30-32.
- ⇒ Spinhirny, F. (2018a). Fonction publique. Le rétablissement du jour de carence : Que peut-on en attendre ? Gestions hospitalières, n° 581, pp.660-663.
- ⇒ Vandenberghe, C., Stordeur, S., & d'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. Le travail humain, Vol. 72(3), 209 228.
- ⇒ WEIDER Marie-Christine, HAJJAR Moufid - Gestions Hospitalières n°550 – novembre 2015 – contrôle de l'indicateur de charge en soins SIIPS- P.531-p.535

Textes réglementaires :

- ⇒ Charte d'OTTAWA. La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, adoptée le 21 novembre 1986
- ⇒ DECRET n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- ⇒ Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (NOR : MESH0220983D) Art. D. 712-109. - Art. D. 712-120, Art. D. 6124-34-4. - Art. D. 6124-34-5.
- ⇒ Jurisprudence « Aide à la prise des médicaments des résidents en EHPAD » : Application de l'article L313-26 du code de l'action sociale et des familles, créé par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009.
- ⇒ LOI BACHELOT n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- ⇒ LOI KOUCHNER n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- ⇒ LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'organisation, le financement de l'assurance maladie.
- ⇒ LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

- ⇒ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- ⇒ LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière- SROS,
- ⇒ Ordonnance JUPPE no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- ⇒ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.
- ⇒ REFERENTIEL DE COMPETENCES DES DIRECTEURS DES SOINS – EHESP- Décembre 2011 Mise à jour en novembre 2017.
- ⇒ RAPPORT de la « Mission Cadres Hospitaliers » 11 septembre 2009 de Chantal de Singly.
- ⇒ RAPPORT de Jean Luc BERARD , Pr Stéphane OUSTRIC, Stéphane SEILLER - Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, Neuf constats, vingt propositions. Rapport fait à la demande du Premier ministre – Janvier 2019.

Documents numériques :

- ⇒ DICOM_Gabriel.DS, & DICOM_Gabriel.DS. (2019, septembre 8). Discours d'Agnès Buzyn—Assises nationales des EHPAD, le mardi 13 mars 2018. Consulté 8 septembre 2019, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-assises-nationales-des-ehpad-le-mardi-13-mars-2018>
- ⇒ Le silence des cadres : Enquête sur un malaise. (s. d.). Consulté 8 septembre 2019, à l'adresse France Culture website: <https://www.franceculture.fr/oeuvre/le-silence-des-cadres-enquete-sur-un-malaise>
- ⇒ Les dossiers de la DRESS. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd28.pdf>
- ⇒ Rédaction, L. (s. d.). Quel lien entre un leader et l'intelligence émotionnelle ? Consulté 1 septembre 2019, à l'adresse Horizons Décisionnels website: Rédaction, L. (s. d.). Quel lien entre un leader et l'intelligence émotionnelle ? Consulté 1 septembre 2019, à l'adresse Horizons Décisionnels website: https://www.horizons-decisionnels.fr/Quel-lien-entre-un-leader-et-l-intelligence-emotionnelle_a153.html
- ⇒ Un projet de caisse publique à nouveau rejeté en Suisse. (2014, septembre 28). TDG. Consulté à l'adresse <https://www.tdg.ch/suisse/sec-refus-caisse-publique-suisse-romande/story/16674981>

Liste des annexes

Annexe 1 : ENQUETE EXPLORATOIRE.....	2
Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	5

Annexe 1 : ENQUETE EXPLORATOIRE

DEMARCHE EXPLORATOIRE A L'ECOUTE DU TERRAIN !!!....

Le questionnement de départ : En quoi le DS peut-il améliorer les conditions de travail des cadres qui sont en difficulté dans la gestion de l'absentéisme soignant ?

Objectif : circonscrire de manière plus précise la problématique au regard des remontées de terrain.

Instrument d'exploration : Observation CHSCT extraordinaire et 4 entretiens semi-directifs.

SUJET 1 : Préventeur	SUJET 2 : Cadre supérieur de pôle	SUJET 3 : Cadre de santé de proximité	SUJET 4 : Faisant-Fonction de cadre de santé
Cadre administratif AAH assistant RH	CSS ayant 10 années d'expérience Gestion indirecte de 90 ETP	CS ayant 12 années d'expérience et 25 ETP en gestion	FF CS ayant 20 mois d'expérience et 30ETP à gérer.
Bilan social : L'effectif physique est en légère baisse au niveau des personnels des services de soins. L'absentéisme général est en hausse en 2018. Cette évolution conjuguée entraîne une hausse du nb de jours moyens d'absence pour maladie ordinaire. <u>Soit 24,2 jours soit 8,30%</u> . Après une baisse en 2017, <u>les congés longue maladie repart à la hausse soit 147,7 jours</u> , et la durée moyenne des congés de maternité continue d'augmenter (+13 jours – la pyramide d'âge moyen un rajeunissement des professionnels exerçant en service de soins). En revanche la durée moyenne d'absence pour AT ⁵⁵ baisse et pour MP ⁵⁶ est nulle.	Temps consacré : 2h/semaine « Je le gère avec facilité même si cela génère souvent des difficultés dans la réorganisation du service. » « <u>Je rencontre une problématique pour fédérer les cadres</u> ». Ils ont une culture en psychiatrie du 1 pour 1 (1soignant pour un patient) et n'en démordent pas. L'harmonisation des ressources est plutôt compliquée à faire entendre. <u>Ils ont du mal à solliciter en interne en premier</u> , ils commencent par solliciter le pool de remplacement avant de chercher des solutions en interne. « Je propose <u>d'avoir des chiffres pour plus de lisibilité</u> , cela pourrait m'amener à être plus pédagogique et me permettrait un début d'analyse ».	Temps consacré : env. 4H/sem. « Je ne me sens pas en difficulté dans la gestion de l'absentéisme, j'utilise les moyens internes au secteur et je négocie avec les agents » « <u>Je trouve un manque de réactivité de la DRH</u> » une politique de compensation permettrait une souplesse de fonctionnement » « Il m'arrive souvent d'analyser ces situations de façon informelle avec mes collègues et avec l'équipe car cela génère souvent de nombreuses réactions » Notre logiciel de GTT ⁵⁹ n'est pas forcément aisé, on reprend souvent des tableaux Excel pour répartir de manière visible le travail, ce qui nous	Temps consacré ; Tous les jours « Je ne gère pas facilement ce problème, j'avoue rencontrer des difficultés dans la relation à l'équipe, du fait du manque d'outils, dans ma gestion du temps » « Je suis <u>seule parfois à compter et recompter inlassablement le total effectif</u> de la semaine, comme pour vérifier que je ne me sois pas trompée, on est tous très pris, Il n'y a <u>pas beaucoup de collaboration dans le pôle</u> , on ne connaît pas la conduite à tenir, les discussions manquent » « certains jours, je suis découragée...et puis je m'efforce de me dire que le lendemain ça ira mieux » Peut être que ça viendra avec l'expérience... mes collègues

⁵⁵ AT pour accident de travail (-5% cette année). 395 (dont 26 accidents de trajet) contre 416 en 2017, dont 44% suivi d'arrêt de travail. Les 3 causes d'AT les plus fréquents et d'arrêt de travail les plus fréquent sont 1.agression/contact avec patient agité -2.effort lié à la manutention des malades – 3.chute de plein pied. Les deux métiers le plus touchés sont les AS et les IDE. Le nombre d'arrêts pour ces professionnels représentent les ¾ des arrêts.

⁵⁶ MP pour maladie professionnelle

⁵⁹ GTT pour gestion du temps de travail « AGILTIME »

(aucune MP déclarée en 2018) – le taux d'absentéisme des cadres en l'occurrence augmente sensiblement d'année en année de 0,5 % notamment sur les absences supérieurs à 6 jours.

Données DUERP⁵⁷ : met en évidence deux indicateurs d'alerte : 1^e : un impact des RPS⁵⁸ sur la structure et sur les salaires qui est modéré. Sauf pour la catégorie des managers qui subissent un impact élevé (4 plaintes en cours) – et 2^e : une insécurité de la situation de travail qui est élevé.

Comment défendre des chiffres sur lesquels vous n'avez pas de clarté voire de transparence. Nous finissons par manquer de crédibilité aux yeux des cadres qui estiment faire le maximum.

Sentiment : PENIBLE ET CHRONOPHAGE

demande souvent une double saisie, c'est très consommateur de temps. Sentiment : Pour moi c'est INELUCTABLE, ça fait partie de la fonction mais c'est fatigant.

semblent avoir moins de mal que moi. Mais chaque matin , je crains déjà le nouvel arrêt de maladie. Sentiment : OPACITE, LENTEUR, FRAGILITE DES ORGANISATIONS, STRESS par rapport à ma responsabilité.

CHSCT du 04 février 2019 : CHSCT Extraordinaire qui fait suite à une alerte donnée par le syndicat SUD pour dénoncer des conditions de travail dégradées pour les professionnels de 2 l'EHPAD, en tension depuis que les organisations de travail ont été modifiées. (24 Feuilles d'événement indésirables sur le circuit du médicament, désorganisation et absentéisme récurrent non remplacé).

Le Directeur demande un audit complet du secteur des EHPAD.

- la direction des soins évalue les contraintes de charge de travail eu égard à l'organisation mise en place et le niveau de la souffrance au travail ressentie :
- La direction des ressources humaines étudie le présentéisme sur les trois derniers mois.

Il en ressort donc :

- un morcellement de l'organisation de travail,
- des pratiques non harmonisées,
- du matériel non utilisé pour cause d'obsolescence ou de problèmes techniques (raille, chariot de cuisine par exemple),
- un ras le bol des équipes sous tension,
- Et surtout 24 FEI (dus à des erreurs médicamenteuses) liées à une opacité sur la phase de l'administration du traitement qui se fait par des ASH nouvelles dans le service non formée.
- Au total, un début d'année difficile avec 26 jours en sous présentéisme sur 62 jours en janvier 2019 pour les AS.
- deux cadres sur les 2 EHPAD (un ETP de moins depuis 4 mois), et un nouveau CS, qui anticipent négativement l'absentéisme et expriment par leur contrariété et leur incertitude une crainte des équipes.

⁵⁷ DUERP pour Document Unique d'évaluation des risques professionnels.

⁵⁸ RPS Risque sycho-social

ANALYSE : L'absentéisme est-ce un mythe ou une réalité ?

Les éléments factuels, sont transmis par le préventeur, ce qui nous permet de partir sur des données concrètes.

Le taux d'absentéisme de 8,3%, nous permet de constater, qu'il est en augmentation par rapport à l'année 2017 de 0,7 points. .

Le préventeur souligne une donnée nouvelle, celle de 4 conflits à régler en procédure disciplinaire pour des cadres impactés par des faits de RPS. (conflits ouverts) – L'indicateur du document unique sur l'insécurité de la situation de travail se définit à leurs yeux par : (*"L'insécurité de la situation de travail et de l'emploi est un facteur de risque pour la santé des salariés dans la mesure où elle réduit le sentiment de maîtrise de la situation. Elle comprend : D'une part, l'insécurité socio-économique : peur de perdre son emploi, d'avoir des retards dans le versement des salaires, contrats précaires. Et d'autre part le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail : incertitude sur l'avenir de son métier, peur de devoir changer de qualification ou de métier sans y être préparé, introduction de nouveaux métiers, évolution des pratiques professionnelles »*) – Le risque étant élevé, nous pourrions considérer que c'est possiblement en lien avec la situation conjoncturelle de nos établissements de santé.

Qu'il soit cadre supérieur, cadre de proximité ou faisant fonction de cadre, le sentiment évoqués face à la lourdeur de la gestion d'absentéisme fait ressortir des qualificatifs négatifs qui évoquent une atteinte personnelle mais également une contrainte imposée.

Le manque de visibilité des chiffres de l'absentéisme, des orientations prises par la DRH et la collaboration avec eux semble cruellement manquer dans les 3 entretiens avec les cadres. Ce qui laisse penser qu'ils sont étrangers et donc non impliqués dans la politique institutionnelle.

La communication au sein des équipes semble être une plus -value, et permet d'avoir une lecture différente de cette contrainte qui fait visiblement partie du rôle du cadre. Un manque de coordination et d'échanges se fait nettement sentir au sein des différents cadres d'un même pôle et entre les pôles.

La maîtrise des outils de gestion RH fait défaut à ces cadres qui ont tendance à reprendre les données sur des tableurs Excel ou à y passer beaucoup de temps. La compétence en terme de leadership semble à questionner face à ce cadre supérieur qui ne parvient pas à acculturer son équipe à des nouvelles pratiques harmonisant les organisations, ou face à ce faisant fonction de cadre qui se sent seule et démunie. Des compétences techniques et relationnelles gagneraient à être renforcées.

Nous confirmerons donc nos axes de travail pour notre enquête autour de ces trois éléments qui pourraient être en faveur d'une gestion plus soutenable de l'absentéisme par les cadres de santé :

- la clarté politique institutionnelle,
- la collaboration entre collègues pour harmoniser les ressources,
- des outils et compétence en management RH des cadres.

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous partons vérifier les axiomes suivants dans les Centre Hospitalier A et B

1. La Reconnaissance institutionnelle du CS dans un projet managérial du CS valoriserait son rôle dans la gestion de l'absentéisme ?
2. L'objectivation de la charge en soins pourrait faire émerger une collaboration inter-pôle pour une répartition équitable des ressources ?
3. Des formations internes et collectives aux outils RH pourraient permettre d'augmenter les compétences et auto-fédérer les CS ?

Objectifs recherchés	Outils/ supports/Instances à interroger
<p><u>Sous question n°1</u> : SENS DU TRAVAIL ET AXES DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE. Absentéisme et gestion par les cadres, quelle gestion institutionnelle ? Quel cap est donné ? Est-ce écrit dans un document et connu de tous ?</p>	<p>Projet d'établissement, projet managérial ? Collaboration DRH/DS, Axe de travail en réunion Directoire ? Entretien DS – DRH – fonctionnement de la direction des soins ; Réunion d'encadrement</p>
<p><u>Sous-question n°2</u> : DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES MANAGERIALES et FEDERER. Quelle politique de gestion RH ? Orientations institutionnelles clairement définies ? Déclinaison opérationnelle du projet social ? Quelle prévention, déclaration et traitements des Risques Psychosociaux ?</p>	<p>Evaluation du niveau de dialogue social : Projet social – cellule de veille des RPS ? CHSCT- CTE ? Quels axes de travail officiels formalisés ? Document unique, taux d'absentéisme, déclarations - interview du Préventeur</p>
<p><u>Sous-question n°3</u> : COLLABORATION ET REPARTITION DE RESSOURCES EQUITABLES ENTRE LES POLES D'ACTIVITE CLINIQUE. Quelles formations et quels outils dans les pôles pour les cadres en faveur de la gestion de l'absentéisme, quelle coordination et quelle coopération opérationnelle ? comment se répartissent les ressources humaines ?</p>	<p>Réunion des cadres supérieurs de pôles, lien avec cellule de flux patient ? Quels dispositifs et supports techniques existants ? Les cadres sont-ils formés ? Il y a-t-il une considération de la gestion émotionnelle de la charge de travail des cadres ? y a-t-il des débriefings sur les sujets délicats de défaut d'organisation ?</p>

CATHERINE

Claudine

13 Décembre 2019

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2019

PRESERVER LA QVT DES CADRES DE SANTÉ : UNE NECESSITE POUR LE DS DANS UN CONTEXTE DE FORT ABSENTEISME SOIGNANT.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : RENNES 2

Résumé :

A travers ce travail de croisement de données, théoriques et empiriques, le sujet de l'absentéisme soignant nous apparaît être bien réel. Le contexte nous le rappelle, le fait pour les cadres de se fondre dans une agitation quotidienne tous les jours pour pourvoir à des besoins dans l'immédiateté, ne leur autorise aucun recul. Ils sont happés par des sur-stimulations extérieures qui les obligent à une interruption de leurs tâches de structuration, qui leur font perdre le sens de la continuité des prises en charge et la vision systémique de l'institution. Ce phénomène est la conséquence en effet de désorganisation multiples sur le terrain qui sont appréhendées avec beaucoup de difficultés. Elles mêlent toutes les dimensions d'exposition aux risques psychosociaux, à travers les risques d'intensité au travail, d'exigences émotionnelles, de manque d'autonomie, de rapports sociaux dégradés, de conflits de valeur et aussi d'insécurité socioéconomique. Aujourd'hui, comment revenir à des organisations structurantes de bonne qualité qui ne soient pas menacées par cet absentéisme chronique ?

Notre enquête de terrain nous a amené à faire un comparatif entre le modèle français et le modèle suisse. Et, nous considérons qu'au bout du bout, une place reste encore à prendre dans nos établissements hospitaliers français, et que le Directeur des soins peut avoir une vigilance particulière pour recentrer le débat à la fois dans l'intérêt de la qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement qui porte singulièrement le management des ressources soignantes et aussi dans l'intérêt d'une qualité de prise en charge optimale.

Mots clés :

Absentéisme soignant – condition de travail des cadres de santé – risque psychosociaux – management du DS – qualité de vie au travail – compétences managériales – leadership – projet managérial – collaboration inter-pôle.

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.