
DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**Les situations professionnelles stressantes
des cadres de santé :
*Stratégie différenciée du directeur
des soins pour y faire face***

Marie-Lise BACLE

Remerciements

Je remercie sincèrement l'ensemble des personnes m'ayant accompagnée dans ce travail avec une pensée particulière pour Marie Élisabeth COSSON, sociologue et responsable du dispositif mémoire à l'EHESP, pour son aide précieuse.

Je remercie également l'ensemble des professionnels ayant concouru à l'élaboration de ce mémoire à travers leur participation aux entretiens.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 Le stress des cadres de santé : un risque psychosocial en constante progression	5
1.1 Les risques psychosociaux : un concept récent mal délimité	5
1.1.1 L'évolution du cadre juridique vers une obligation de sécurité	5
1.1.2 Les risques psychosociaux au cœur d'enjeux financiers	7
1.2 Le stress : une histoire ancienne et un fléau moderne	8
1.2.1 La conception du stress : une dimension biologique et psychologique	8
1.2.2 Le stress au travail : un phénomène multifactoriel en progression	9
1.2.3 La notion de « situation stressante »	10
1.3 Les établissements de santé confrontés aux risques psychosociaux	11
1.3.1 L'inquiétude des professionnels de santé face à la progression des risques psychosociaux	11
1.3.2 Le développement de la réglementation à l'hôpital dans le cadre des risques psychosociaux	12
1.3.3 La mobilisation des acteurs de l'hôpital face aux risques psychosociaux.....	13
1.4 Les cadres de santé : des professionnels fortement exposés au stress... 14	14
1.4.1 Le métier de cadre de santé : un niveau élevé de responsabilité	15
1.4.2 Des réflexions engagées pour améliorer le métier de cadre de santé	15
2 L'Enquête de terrain : Analyse des situations professionnelles stressantes et de leurs origines.....	17
2.1 Méthodologie de l'enquête.....	17
2.1.1 Les objectifs	17
2.1.2 Le champ d'enquête	17
2.1.3 Les caractéristiques	18
2.2 De la perception à l'identification des situations stressantes par les cadres de santé.....	19
2.2.1 La perception du stress par les cadres de santé : une variable dépendant des individualités et des ressources.....	19
2.2.2 Les situations professionnelles de stress : des interactions complexes et un sentiment de perte de maîtrise de l'environnement	22
2.2.3 Synthèse : Les situations de stress des cadres de santé : une forte demande d'adaptation et une forte charge émotionnelle	26

2.3	De l'identification des éléments explicitant l'origine de ces situations	27
2.3.1	Les facteurs de causalité des situations professionnelles stressantes, fruits de l'évolution sociétale	27
2.3.2	Les mécanismes des situations professionnelles de stress : des éléments clés pour comprendre	30
2.3.3	Synthèse : Les éléments producteurs de stress : un reflet de l'environnement socio-économique	32
2.4	Des démarches de prévention mises en place dans les CH enquêtés	34
2.4.1	Le diagnostic des risques psychosociaux du CH1 : une démarche de prévention renforcée pour l'ensemble des professionnels.....	34
2.4.2	La prévention des risques psychosociaux du CH2 : une démarche autour de plusieurs groupes de réflexion et de la médecine du travail	36
2.4.3	Synthèse : La prévention des risques psychosociaux des deux CH : des démarches variées et souvent <i>a posteriori</i> de situations à risque avérées	38
3	Les préconisations du Directeur des soins dans la prévention des situations de stress des cadres de santé.....	41
3.1	Axe politique et organisationnel : maîtriser les situations de stress et adapter les organisations de travail.....	41
3.2	Axe renforcement de l'autonomie d'action des cadres de santé : réduire le sentiment de dispersion pour redonner du sens.....	46
3.3	Axe relation, communication : mieux se connaître pour être reconnu et lutter contre les situations de conflits	50
3.4	Axe soutien psychologique et accompagnement : réduire l'insécurité pour reconstruire la confiance.....	52
CONCLUSION		57
BIBLIOGRAPHIE		59
LISTE DES ANNEXES		I

Liste des sigles utilisés

ADRESS	: Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux
ANACT	: Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP	: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS	: Agence Régionale de Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BIT	: Bureau International du Travail
CARSAT	: Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CH	: Centre Hospitalier
CHSCT	: Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT	: Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLARTE	: Consortium Loire-atlantique Aquitaine, Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en sanTE
CNAM	: Conservatoire National des Arts et Métiers
COM	: Contrat d'Objectifs et de Moyens
COPIL	: COmité de PILotage
CREx	: Comité de Retour d'Expérience
CS	: Cadre de Santé
CSAD	: Comité de Suivi des Agents en Difficulté
CSS	: Cadre Supérieur de Santé
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DH	: Directeur de l'Hôpital
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
DPC	: Développement Professionnel Continu
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRH	: Directeur des Ressources Humaines
DS	: Directeur des Soins
DUERP	: Dossier Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHESP	: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EI	: Evènement Indésirable
ETS	: ETablissement de Santé
GPA	: Gestion Personnalisée des Agents

GPMC	: Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	: Haute Autorité de Santé
HCL	: Hospices Civils de Lyon
HPST	: Hôpital Patients Santé Territoires
IFCS	: Institut de Formation des Cadres de Santé
INRS	: Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
MT	: Médecin du Travail
NMP	: Nouveau Management Public
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNUPSP	: Plan National d'Urgence de Prévention du Stress Professionnel
POR	: Pratique Organisationnelle Requise
PSIRMT	: Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique
PST2	: Plan Santé au Travail 2
RGPP	: Révision Générale des Politiques Publiques
RPS	: Risque Psycho-Social ou Risques Psycho-Sociaux
SGA	: Syndrome Général d'Adaptation
SROS	: Schéma Régional d'Organisation des Soins
SUMER	: SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels
T2A	: Tarification A l'Activité
TGI	: Tribunal de Grande Instance
TMS	: Troubles Musculo-Squelettiques
TO	: Taux d'Occupation
UE	: Union Européenne

INTRODUCTION

« Moi cadre de santé, certainement pas ! » disait une infirmière en évoquant son projet professionnel. Cette réflexion interroge l'image du cadre de santé (CS) dans les structures hospitalières. Il semble que les CS, loin de faire des adeptes par leur fonction de responsables d'équipe, aient une position parfois peu enviée et attirent les regards peu ou prou compatissants des soignants. Actuellement, la diminution de candidats dans les instituts de formation des cadres de santé (IFCS), confirme cette tendance générale au « désamour » pour ce métier. Ce premier constat, issu d'une expérience concrète, en amène d'autres concernant le malaise de ces professionnels. En effet depuis quelques années, des mouvements sociaux se font l'écho du mécontentement des CS. Certains hôpitaux peinent à les recruter et affichent de nombreux postes vacants. De plus, la mise en place des pôles en 2007 a bouleversé les repères géographiques et hiérarchiques de ces professionnels.

Cela pose question car les CS sont au cœur de la réussite des changements qui s'opèrent dans les établissements de santé. Si leurs compétences se révèlent indispensables au bon fonctionnement des services hospitaliers, les CS expriment leur lassitude face à des réformes successives dont ils perdent le sens.

Ainsi, le monde hospitalier, dans un contexte socio-économique en instabilité croissante, génère des risques psychosociaux (RPS). Ces derniers se traduisent entre autres, par des phénomènes de stress, de burn out¹ et de détresse psychologique. Les CS, contraints par des impératifs de gestion rigoureuse, en font l'expérience quotidienne et semblent particulièrement « en danger » d'après la littérature concernant le sujet².

En effet, le système de santé est évolutif et subit régulièrement des transformations majeures au rythme des progrès scientifiques, de la croissance démographique et des nombreuses réformes qui l'encadrent. Miroir de la société, l'hôpital, sans cesse en mouvement doit s'adapter perpétuellement aux nouveaux besoins. Il est d'une certaine manière « la mesure de la civilisation d'un peuple » comme le disait Jacques René TENON³ en 1788. Actuellement, nous vivons un paradoxe avec d'une part, une population de plus en plus nombreuse dont les besoins de santé s'accroissent et d'autre part, des ressources de plus en plus limitées pour y répondre.

¹ Le burn-out signifie saturation, épuisement (du verbe anglais to burn out).

² HABEREY-KNUESSI V., février 2011, « Les cadres, une catégorie professionnelle de prédilection pour les phénomènes de stress et de burn out », *Soins Cadres*, Dossier sur les risques psychosociaux, n°77, p.27 .

³ Jacques-René TENON, chirurgien français de renom, (1727-1816). Citation extraite de BUBIEN Y., *Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital*, consulté le 2/07/2011, disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-2-page-57.htm>

Depuis la réforme de 1970⁴ jusqu'à la dernière en date du 21 juillet 2009⁵ avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cela fait 40 ans que le système de santé cherche une organisation équitable, accessible, rationnelle. La régulation des dépenses de santé est un enjeu clé pour préserver l'avenir de la protection sociale.

Au cœur de cet ensemble, le patient prend une place grandissante grâce à l'instauration de droits issus d'un corpus juridique riche initié par la loi du 04/03/2002⁶. Impliqué dans les instances de fonctionnement des établissements, mieux informé, notamment par le biais des médias, sur le classement des hôpitaux, le patient est capable de choix et participe aux décisions concernant sa prise en charge. Il est un acteur incontournable des politiques de santé, le ministère de la santé faisant de l'année 2011, « l'année des patients et de leurs droits »⁷.

Les structures hospitalières sont donc au centre d'enjeux importants concernant le management des CS. D'une part, les établissements de santé sont à l'aube de changements rapides et restructurants qui vont induire de nouvelles organisations de travail, et d'autre part les exigences en termes de qualité et de sécurité des soins s'accroissent au sein de démarches de contrôle et de certification. Les CS sont les interfaces indispensables pour conduire les équipes dans la mise en œuvre des démarches de changement et d'amélioration des processus de soins. Ils sont au centre de ces transformations et des fortes tensions qui les accompagnent, souvent pris entre « le marteau et l'enclume », tiraillés par les logiques différentes des autres acteurs professionnels.

L'intérêt porté à ces professionnels est donc tout à fait légitime : les CS impliqués tout au long de la chaîne du soin, sont exposés à des RPS pouvant aussi fragiliser leurs équipes et induire des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. Car un cadre stressé est lui-même vecteur de stress pour les autres.

Dans le vaste champ des RPS, la question du stress est primordiale. Ses effets négatifs sur le travail sont désormais avérés et peuvent aller jusqu'à altérer l'image de l'établissement. L'objet de ce travail est consacré au stress des CS dans l'étude des situations professionnelles stressantes⁸, au sein de structures hospitalières.

⁴ Loi n°70-1318 du 31/12/1970 portant réforme hospitalière.

⁵ Loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires.

⁶ Loi n°2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier.

⁷ <http://www.2011-annee-droits-patients.sante.gouv.fr/>, consulté le 9 avril 2011.

⁸ L'approche du stress par le biais des situations professionnelles permet d'avoir une vision dynamique et pragmatique du stress des CS, issue de leurs propres expériences et en interaction avec les autres professionnels. Ce concept est précisé à la page 10 de ce mémoire.

La question centrale de cette étude est la suivante :

En quoi certaines situations professionnelles sont-elles génératrices de stress pour les cadres de santé?

Plusieurs sous-questions peuvent aider à structurer la réflexion et induire les axes de travail :

- Quelles sont les situations professionnelles définies comme stressantes par les cadres de santé dans les établissements enquêtés ?
- Quels sont les éléments (causes et mécanismes) explicitant l'origine de ces situations stressantes ?
- Quelles sont les actions managériales concrètement conduites sur le terrain en termes de prévention et de gestion de ces situations à risque ?
- In fine, quelles peuvent être les préconisations établies par le directeur des soins (DS) dans le cadre de ce diagnostic ?

Au sein de ces enjeux, la compétence managériale du DS prend tout son sens. En effet, les articles 4 et 5 du décret du 29/09/2010⁹ précisent que le DS, sous la responsabilité du directeur d'établissement, « participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins » et « contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ». De plus, conduire un diagnostic sur les situations stressantes des cadres de santé, s'intègre parfaitement dans la démarche de gestion des risques, point essentiel de la politique des établissements de santé au vu des textes réglementaires et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les deux établissements de santé (ETS), choisis comme lieux d'enquête, n'échappent pas à la problématique étudiée. Afin de recueillir des données qualitatives riches, la méthode d'investigation utilisée recourt à des entretiens semi-directifs. L'échantillon enquêté est constitué de dix CS, de deux DS, de deux médecins du travail (MT) et de deux psychologues, au sein de deux centres hospitaliers qui conduisent chacun des travaux sur les RPS des professionnels de santé. Cette étude permet, dans le cadre d'une analyse des données recueillies, d'appréhender la réalité de l'exposition au stress des cadres de santé et de proposer des pistes d'action.

⁹ Décret n°2010-1138 du 29/09/10 modifiant le décret du 19/04/2002 portant statut particulier du Directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière.

Ce travail comporte trois chapitres dont chacun est structuré en plusieurs sous-chapitres. Le premier chapitre s'attache à circonscrire le sujet en définissant les concepts centraux de l'étude, à travers une recherche documentaire ; le deuxième est consacré à l'exposé des résultats de l'enquête menée sur le terrain pour tenter de répondre aux questions posées ; enfin, le troisième concerne l'élaboration de préconisations par le DS afin d'apporter des pistes d'amélioration mais aussi de réflexion concernant la prévention du stress professionnel des cadres de santé.

1 Le stress des cadres de santé : un risque psychosocial en constante progression

Que cela soit dans le cadre politique, avec les deux derniers plans de santé au travail¹⁰, ou médiatique lors des suicides des salariés des sociétés Renault et France-Télécom, le phénomène du stress, véritable enjeu de santé publique, fait l'objet de toutes les vigilances. Considéré comme un des maux des sociétés modernes, il rejoint le vaste champ des risques psychosociaux dans lequel il tient la première place, 60% des salariés attribuant leur stress à des causes professionnelles¹¹.

1.1 Les risques psychosociaux : un concept récent mal délimité

Les RPS sont définis de manière très large. Ils regroupent plusieurs termes qui font référence à des situations pouvant porter atteintes à l'intégrité physique et à la santé mentale des professionnels : stress, harcèlement moral, violence, détresse psychologique, troubles musculo-squelettiques (TMS), burn-out. La difficulté de repérer les causes des conséquences et de démêler les facteurs personnels et professionnels en fait une notion confuse et un peu « fourre tout »¹².

Cependant, cette dernière a le mérite de pointer du doigt un vrai problème de santé publique, consubstantiel des grands changements des sociétés occidentales, et dont les experts prédisent l'augmentation.

1.1.1 L'évolution du cadre juridique vers une obligation de sécurité

La notion de risque psychosocial dépasse largement les frontières françaises. Les pouvoirs politiques, confrontés à la recrudescence de ce phénomène, en prennent progressivement toute la mesure.

A) Une prise de conscience européenne

Au niveau de l'Union européenne (UE), il n'existe pas de définition juridique en ce qui concerne les RPS. Cependant, depuis une dizaine d'années, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a mis en évidence la croissance de ce phénomène dans le monde professionnel. Les RPS émergent dans les sociétés modernes comme les révélateurs d'un malaise général en réaction à des changements rapides, facteurs

¹⁰ Plan santé au travail 2005-2009 et Plan santé au travail 2010-2014.

¹¹ <http://www.stress-info.org/tags/causes-du-stress/>, consulté le 7/05/2011.

¹² KOVESS-MASTEFY V., cours du 12/01/2011, *Santé au travail : risque psychosocial, stress au travail, burn out*, département épidémiologie, EHESP.

d'instabilité. L'Observatoire européen des risques confirme l'aggravation du phénomène dans les années à venir car il est concomitant des importants changements du monde du travail que ce soit sur le plan technique ou organisationnel¹³.

L'UE, dans le cadre d'un dialogue social européen, a conclu deux accords cadres, celui du 8 octobre 2004 sur « le stress au travail » et celui du 26 avril 2007 sur « le harcèlement et la violence au travail ». Peu normatifs, ces accords constituent surtout des outils d'information et de sensibilisation importants à l'usage des partenaires sociaux.

B) Une forte implication française

En France, pendant longtemps, aucun corpus juridique ne prenait en compte les RPS dans la législation du travail. L'intervention des pouvoirs publics en la matière s'est d'abord traduite par une volonté de protection juridique des salariés dans le cadre d'atteinte à la santé mentale dans des situations de harcèlement sexuel ou moral en 1992 et en 2002¹⁴. Progressivement, la culture du risque s'est développée dans notre société avec l'évolution des savoirs et la maîtrise de l'environnement. Très souvent, les questions d'organisation du travail sont associées aux questions de santé et de sécurité dont certaines instances, comme le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), s'emparent. Depuis le décret du 5 novembre 2001, l'évaluation des risques professionnels s'impose aux employeurs et fait l'objet du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dans lequel sont intégrés les RPS¹⁵.

A partir de 2008, les choses s'accélérent en matière de politique des RPS. En effet, la vague de suicides qui touche Renault et surtout France-Télécom (22 suicides de février 2008 à septembre 2009)¹⁶ dans un contexte de restructuration, touche l'opinion publique et amorce une réflexion sur les responsabilités des managers.

Le 2 juillet 2008, la France transpose l'accord cadre européen concernant « le stress au travail », en accord national interprofessionnel. En octobre 2008, le ministre du travail lance le plan national d'urgence pour la prévention du stress professionnel (PNUPSP). Il s'agit d'engager les entreprises de plus de mille salariés vers une démarche de prévention du stress professionnel selon le principe du « Name and Shame », littéralement « nommer et faire honte », avec la publication d'un classement en trois catégories (rouge, orange puis vert, pour les entreprises les plus vertueuses). Enfin, le

¹³ EUROGIP, janvier 2010, *Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne*, consulté le 9/07/2011 sur :

http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EUROGIP_RPS_au_travail.pdf

¹⁴ Loi n°92-1179 du 2/11/1992, relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail et loi n°2002-73 du 17/01/2002 de modernisation sociale, chapitre IV « lutte contre le harcèlement moral au travail ».

¹⁵ Décret 2001-1016 du 5/11/2001, portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

¹⁶ <http://www.liberation.fr/economie/0101590529-nouveau-suicide-a-france-telecom>, consulté le 25 mai 2011.

ministère du travail a conduit deux plans « santé au travail » (PST), dont le dernier, le PST2 intègre dans ses objectifs prioritaires la prévention des RPS et la réforme des services de santé au travail.

L'obligation de sécurité qu'ont les employeurs vis-à-vis de leurs salariés n'est donc pas un vain mot. Récemment, un arrêt de la cour d'appel de Versailles du 19 mai 2011, condamne la société Renault pour faute inexcusable lors du suicide d'un de ses ingénieurs, survenu en octobre 2006. Cet arrêt confirme la décision en première instance du tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre du 17 décembre 2009, du fait que le constructeur « aurait du avoir conscience du danger » auquel son salarié était exposé « dans le cadre de son activité professionnelle »¹⁷.

1.1.2 Les risques psychosociaux au cœur d'enjeux financiers

La performance économique est le leitmotiv de tous les secteurs qu'ils soient publics ou privés. Faire des économies tout en maintenant un très haut niveau de qualité est souvent un exercice impossible s'il n'y a pas la volonté d'y associer la performance sociale d'un bien-être au travail. Trop peu d'entreprises reconnaissent la souffrance au travail, favorisée par un management agressif, la montée de l'individualisme, la non-reconnaissance et la perte de confiance. D'après Victor WAKNINE¹⁸, « les vrais dégâts, ce sont les coûts cachés du mal-être et de la perte de confiance au travail, de la dégradation de la valeur ajoutée de nos entreprises... Voilà un vrai défi managérial que celles-ci doivent relever »¹⁹.

Le rapport LEGERON-NASSE sur les RPS et leur suivi²⁰, demandé par le ministre du travail en 2008, relance le débat sur la souffrance au travail, souligne le fléau que représente le stress professionnel et en confirme les enjeux financiers. Selon le Bureau International du Travail (BIT), le coût du stress dans les pays industrialisés s'élève entre 3 et 4% du produit intérieur brut (PIB) et s'évalue autour de 20 milliards d'euros dans l'UE des « quinze »²¹. Une étude de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), estime le coût social du stress professionnel en France entre 2 et 3 milliards d'euros, en 2007 : « Ces chiffres, qui intègrent les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés, constituent une évaluation *a minima*. Les coûts réels du stress sont vraisemblablement nettement supérieurs »²².

¹⁷ Annexe 1 : extrait de l'Arrêt de la Cour d'Appel de Versailles du 19 mai 2011.

¹⁸ Fondateur et gérant de Mozart consulting, il est l'auteur du concept socio-économique IBET (Indice de Bien Etre au Travail) s'appuyant sur la description des situations de tensions opérationnelles. Annexe 2.

¹⁹ <http://www.miroirsocial.com/actualite/la-penibilite-psycho-sociale-pps-nouvelle-declinaison-des-rps>, consulté le 2 juin 2011

²⁰ LEGERON P., NASSE Ph., mars 2008, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, remis à BERTRAND Xavier, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, 42p.

²¹ http://www.rsenews.com/public/dossier_social/stress-travail.php?rub=2, consulté le 7/05/2011

²² <http://www.inrs.fr/actus/CoutStress.html>, consulté le 15 avril 2011

Aucun secteur d'activité n'est épargné (20% des salariés européens estiment être affectés par des problèmes de santé liés au stress). Les enjeux financiers sont importants pour les entreprises mais aussi pour la collectivité car le coût social est loin d'être négligeable. Enfin, il faut noter que la France est le troisième pays au monde où les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses.

Pour l'entreprise, ce sont des pertes en termes de productivité (absentéisme, arrêts de travail) et de qualité. Pour la société, ce sont les prises en charge des arrêts de travail, des maladies et des médicaments.

Les RPS d'origine professionnelle sont donc un sujet sensible pour les pouvoirs publics et réclament toute leur attention. Dans ce cadre, le stress reste l'objet de toutes les vigilances car il est difficile à appréhender, fréquent, multifactoriel et pathogène. Il est souvent le révélateur de dysfonctionnements dans les organisations.

1.2 Le stress : une histoire ancienne et un fléau moderne

La notion de stress est ancienne. Venant du latin « stringere » et « stressus » signifiant « serré », il veut dire aussi en vieux français « étroitesse » et « oppression »²³. Mais c'est à travers les travaux de Hans SELYE²⁴ que ce mot, issu de l'anglais, qui signifie « tension mécanique » s'impose en français. Le mot stress est banalisé dans le langage courant et peut passer comme un phénomène de mode récurrent. Il est intéressant de s'y attarder pour comprendre le vaste champ qu'il recouvre.

1.2.1 La conception du stress : une dimension biologique et psychologique

Sous le vocable de « stress » se cache une très grande complexité avec des données différentes aussi bien sur le plan de la physiologie que de la psychologie. Or cette dernière notion est essentielle car le stress englobe un ensemble de manifestations générales en réponse à n'importe quelle demande de l'environnement y compris psychosocial. Sans pour autant les détailler, il est utile de saisir les grands principes qui ont guidé les travaux sur le stress.

Ainsi, il est défini de manière assez restrictive dans les années 30 comme « une conséquence de l'action à court ou long terme d'agents psychosociaux entraînant certaines manifestations neurovégétatives et endocriniennes correspondant à une désorganisation psychoaffective »²⁵.

²³ http://www.unisson06.org/dossiers/relation_aide/stress.htm, consulté le 31/07/2011

²⁴ Hans SELYE (1907-1982), endocrinologue canadien d'origine autrichienne, est un des premiers chercheurs qui s'est intéressé au stress au début du XXème siècle.

²⁵ BERTSCH J., LE SCANFF C., éd. 1995, *Stress et performance*, 1^{ère} édition, Paris : Presses Universitaires de France, p. 15.

Hans SELYE fait rentrer le stress parmi les maladies contemporaines grâce à ses travaux de recherche. Il apporte une contribution importante dans la compréhension du phénomène avec la publication de son livre en 1956, *Stress of life*, sur le syndrome général d'adaptation (SGA). Il décrit ce dernier comme une même réaction générale quelques soient les agents agresseurs (c'est l'idée de non spécificité). Le SGA évoluerait en trois phases : la phase d'alarme (mobilisation des ressources), la phase d'adaptation (ou phase de résistance, de défense) et la phase d'épuisement ou de décompensation avec rupture des mécanismes de défense²⁶. Dès 1966, grâce aux travaux de l'américain Richard LAZARUS sur l'approche cognitive du stress, il s'avère que ce dernier ne peut plus s'envisager comme une simple relation de cause à effet. Pour LAZARUS, c'est un processus dynamique essentiellement individuel qui correspond à un phénomène d'adaptation qu'il appelle « coping ». Cette réponse adaptative peut être positive lorsqu'elle amène à un nouvel équilibre tandis que l'inadaptation aboutit à une pathologie.

Dans les années 80, la conception de SELYE s'élargit et passe d'une vision biologique à une vision intégrant la dimension psychologique dans le fait que ce soit l'individu qui détermine la réalité du stress. Cet aspect cognitif, qu'il a longtemps occulté, lui fait dire, à la fin de sa vie, que le stress n'existe pas et qu'il s'agit d'une abstraction mentale²⁷. Cette réflexion de SELYE met en exergue l'imprécision de la notion de stress, en ce sens qu'il recouvre à la fois l'agent responsable et la réaction de la personne à ce dernier. Ses travaux mettent aussi en évidence les deux versants du stress : lorsqu'il permet l'adaptation, il s'agit de bon stress ou « eustress » en opposition au mauvais stress ou « distress ».

Avec le temps, la notion de stress devient plus fouillée mais aussi plus large. Il n'y a pas de véritable consensus en ce qui concerne une définition mais plutôt des courants ou des modèles²⁸ en fonction des théories avancées sur le sujet. Les travaux de SELYE et LAZARUS restent une référence en la matière. Ils sont particulièrement utiles à la compréhension du stress professionnel qui est une préoccupation majeure pour les salariés et les employeurs.

1.2.2 Le stress au travail : un phénomène multifactoriel en progression

Dans le monde du travail, le stress conserve une représentation négative et est synonyme de tensions, d'oppressions, de mal-être.

Le stress au travail survient « quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans un cadre professionnel et les ressources dont elle

²⁶ ibidem, p.18

²⁷ <http://www.labrha.com/stress-definition.aspx>, consulté le 01/08/2011

²⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l'humain, consulté le 3/10/2011, Le modèle énergético-cognitif du stress et de la performance chez Sanders (1983), p.26.

dispose pour y répondre »²⁹. Cette définition, retenue par l'INRS, a été donnée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et est couramment admise.

Dans toutes les organisations et à des degrés divers, le stress est souvent ressenti comme l'effet nocif de conditions de travail contraignantes et répétitives. Le professionnel se trouve sous tension au sein de l'organisation. Cette tension, d'ordre psychologique « constitue le fondement de l'anxiété qui va se manifester soit directement (conscience de l'anxiété) soit indirectement (insomnie, plaintes, malaises, mal être, etc....) »³⁰.

Les facteurs de stress sont identifiés selon quatre grandes classes :

- Les tâches lorsqu'elles comportent de fortes exigences quantitatives ou qualitatives (ou bien les deux), lorsqu'il y a des risques inhérents à la tâche (erreur dans les soins, par exemple).
- L'organisation lorsqu'il y a un manque de contrôle, des horaires inadaptés, une polyvalence contrainte, des contradictions dans les exigences.
- Les relations, dans le cadre d'un management déficient, de peu de reconnaissance, d'un manque de solidarité entre collègues.
- L'environnement lorsqu'il produit des nuisances physiques (bruit, chaleur...), techniques (espace, lumière...) mais aussi quand l'entreprise est soumise à un contexte économique incertain (forte concurrence).

Dans un environnement socio-économique difficile, l'obsession est de réussir pour survivre. Le monde du travail est d'autant plus exigeant qu'il demande aujourd'hui aux professionnels davantage d'efforts, de productivité, de qualité, de responsabilité et aussi d'investissement individuel. Aujourd'hui, la question du bon stress ou du mauvais stress est une discussion dépassée. Il semble en revanche important de se pencher sur « la question de savoir si le stress est un problème d'individu, un problème de personne ou un problème d'organisation, voilà ce sur quoi il faut débattre »³¹. C'est pourquoi nous allons nous attacher à décrypter le phénomène de stress à travers ce qu'expriment les CS sur le vécu de certaines situations de travail.

1.2.3 La notion de « situation stressante »

Il est intéressant de travailler sur le stress appliqué à des situations professionnelles afin de les identifier et d'essayer de comprendre pourquoi le « coping » (selon LAZARUS) ou stratégie d'ajustement se révèle inefficace dans le cadre de celles-ci. La notion de « situation » a été longtemps négligée. Elle constitue pourtant une porte

²⁹ <http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>, consulté le 8 avril 2011

³⁰ BRETIN-NAQUET M., 1997, *Cours de psychologie sociale*, Université Paris-Dauphine, p.94

³¹ WELLER J.M., 2008, *La sociologie des risques psychosociaux*, ARAST, Actes et Colloques, p. 32, disponible sur internet :

<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2142356.PDF>, consulté le 12/03/2011

d'entrée précieuse pour la compréhension des phénomènes au travail dont la sociologie de la logique d'action s'est emparée depuis peu³². Si chaque individu vit une situation stressante de manière différente selon son expérience passée, le repérage de situations stressantes invariantes est particulièrement utile afin de pouvoir anticiper les phénomènes de stress chez les personnels qui y sont confrontés. La notion de situation se conçoit dans l'interaction entre les événements et les individus au sein d'un contexte³³. Elle permet une vision pragmatique, issue de l'expérience, mettant en jeu la communication. Cette analyse des situations permet de se centrer sur le manager qui va devoir maîtriser une situation.

Dans le secteur hospitalier, l'émergence des situations stressantes liées à la mise en place de nouvelles techniques ou organisations interroge l'activité managériale. C'est d'autant plus vrai dans un contexte où l'imprévu et l'indétermination dominent et où les situations stressantes peuvent être extrêmes dans certains secteurs (les urgences, les blocs, par exemple). Les établissements de santé sont tout à fait concernés par l'identification de ces situations à risque dans une logique de protection et de sécurité des professionnels de santé.

1.3 Les établissements de santé confrontés aux risques psychosociaux

La prévention des RPS devient un enjeu majeur pour les établissements de santé. En effet, les conditions de travail des personnels sont fortement impactées par les réformes hospitalières, la tarification à l'activité (T2A), les plans de restructuration et de retour à l'équilibre financier.

1.3.1 L'inquiétude des professionnels de santé face à la progression des risques psychosociaux

A) L'hôpital sous tension

Le secteur de la santé est particulièrement concerné par la progression des RPS chez les salariés et notamment à l'hôpital. Depuis plus de 20 ans ce dernier n'a eu de cesse de se transformer. Les professionnels ont du passer d'une réforme à l'autre sans avoir le temps de « se retourner ». Avant la loi HPST, ils ont du s'approprier des démarches médico-gestionnaires avec des mutualisations de services, s'engager dans

³² http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/11/80/PDF/LEMNA_WP_200915.pdf, consulté le 12/10/2011

³³ JOUNE B., RAULET-CROSET N., 2008, *Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude*, AIMS, Revue officielle Management, p.30

des réformes organisationnelles avec l'arrivée des pôles et subir les changements de paradigme financier avec la T2A. Après la loi HPST, il y a eu une verticalisation du système par la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) et des nouvelles lignes hiérarchiques redessinées par les pôles. De plus, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) lancée en 2009, n'épargne pas les hôpitaux puisqu'ils ont perdu 9800 postes soit 1.29% de leurs effectifs dans le cadre du non remplacement d'un fonctionnaire sur deux³⁴.

B) Des études pour alerter l'opinion politique

Déjà en 2003, les enquêtes de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques³⁵ (DREES) et celle concernant la surveillance médicale des expositions aux risques professionnels³⁶ (SUMER), révèlent que les professionnels hospitaliers sont particulièrement exposés par leurs contacts avec le public et les contraintes organisationnelles. Les transformations que subit l'hôpital, multiplient les champs de tensions, qu'il s'agisse du développement de l'ambulatoire, des flux tendus, des technologies complexes, de la nouvelle gouvernance etc.... L'enquête Presst Next (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses-Early Exit Study) menée dans dix pays européens entre 2004 et 2006 est une vaste enquête révélant la pénibilité du travail des soignants et la charge émotionnelle liée aux soins.

Des études épidémiologiques, depuis quelques années, ont mis en évidence les conséquences des RPS (et notamment du stress) sur le développement des maladies cardiovasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques (TMS). Un collège d'expertise, mis en place en 2008 sur demande du gouvernement, précise que « le risque de développer ces pathologies est augmenté de 50 à 100% en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux du travail »³⁷.

1.3.2 Le développement de la réglementation à l'hôpital dans le cadre des risques psychosociaux

Depuis 1991, le chef d'établissement a une obligation générale de sécurité vis-à-vis des salariés. Des dispositions spécifiques concernent la prévention des risques dus aux bruits, au travail sur écran, aux modes d'organisation, aux relations de travail

³⁴ La Fédération Hospitalière de France (FHF) alerte d'ailleurs les pouvoirs publics sur ce point, dans un communiqué de presse du 15 mars 2011.

³⁵ Enquête réalisée par la DREES en 2003, « Conditions et organisation du travail à l'hôpital » auprès d'un échantillon de 5000 salariés des établissements publics et privés, disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er335.pdf>

³⁶ SUMER 2002-2003 est une enquête transversale qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Une nouvelle enquête est en cours depuis 2009. Pour en savoir plus :

http://www.inrs.fr/htm/enquete_sumer_2002-2003_bilan_de_la_collecte.html

³⁷ MARASCHIN J., janv. 2011, Les risques psychosociaux, *Objectif Soins* n°192, p.33.

(discrimination, harcèlement...)³⁸. Selon l'article L.4121-1 du Code du travail, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Le décret du 5 novembre 2001 impose à l'employeur le DUERP qui doit intégrer la prévention des risques portant sur la santé mentale. Le stress n'est pas inscrit au tableau des maladies professionnelles, mais des pathologies (psychiques ou non) en lien avec les facteurs de risques psychosociaux, peuvent être reconnues par la Sécurité Sociale. Elles pourraient alors impliquer la responsabilité du directeur d'établissement.

L'évolution de la jurisprudence actuelle tend bien à engager les responsables vers une obligation de résultat et non seulement de moyens (confère en annexe 1 l'arrêt de la Cour d'Appel de Versailles sur la responsabilité de Renault).

Cependant, malgré les dix années qui se sont écoulées depuis la parution du décret sur le DUERP, le phénomène des RPS ne cesse de s'amplifier dans les structures hospitalières et ne peut aller qu'en s'aggravant dans le cadre de restructurations majeures. Ainsi, malgré les évolutions réglementaires en faveur de la prévention des RPS, force est de constater l'exposition toujours plus importante des professionnels à ces risques.

1.3.3 La mobilisation des acteurs de l'hôpital face aux risques psychosociaux

L'engagement de l'hôpital se concrétise à travers son projet d'établissement et notamment dans le volet concernant la gestion des risques et le plan social. Dans le cadre de cette démarche de prévention collective, tous les acteurs de l'hôpital peuvent faire entendre leurs voix (direction, délégués du personnel, médecin du travail, instances...).

A) Un engagement en interne

Le rapport LEGERON-NASSE, remis au ministre du Travail en mars 2008³⁹, met l'accent sur le développement du rôle des CHSCT dans le cadre de la prévention des RPS. En cas de plaintes, d'état de stress, de conflits, ce dernier peut réaliser des enquêtes auprès des salariés en vue d'évaluer et d'objectiver les risques. Il peut aussi contribuer à la mise au point d'indicateurs sur le sujet et proposer des actions de sensibilisation et de prévention de différente nature en lien avec le service de santé au travail.

³⁸ Le Code du Travail dans ses articles R 4121-1 à R 4121-4, décrit les obligations de l'employeur pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Disponible sur internet : http://ast25.over-blog.fr/pages/Le_code_du_travail_obligations_des_employeurs-1528744.html

³⁹ Rapport cité au paragraphe 1.1.2.

Le CHSCT peut aussi intervenir en dehors de tout signe critique et proposer une démarche de prévention des RPS. Il a la possibilité de solliciter une expertise lors de projets modifiant les conditions de travail et de demander à un expert d'analyser les conséquences du projet sur la santé mentale des professionnels. Dans des cas avérés (dépressions, harcèlement etc....), le CHSCT peut alerter et demander conseil à des acteurs externes (médecin du travail, inspecteur du travail, Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail {CARSAT}, réseau de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail {ANACT})⁴⁰.

B) Un engagement en externe

Sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la HAS, les Hospices Civils de Lyon (HCL) et le CHU de Nantes ont réuni leurs compétences et leurs expériences pour constituer le Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE)⁴¹.

Le programme CLARTE est chargé de développer et de valider des indicateurs de résultats concernant la sécurité des soins à l'hôpital mais aussi dans le domaine du management des ressources humaines. Pour ce dernier, les indicateurs évalueront la qualité de vie au travail à travers l'absentéisme, le turn over et la satisfaction des professionnels au travail.

Ce projet de recherche est fixé pour trois ans (2010-2012) et intègre une centaine d'établissements de santé volontaires. Le rapport final est attendu pour 2013. Cette étude contribuera à alimenter de manière plus fine les données concernant les RPS chez les professionnels de santé. Ainsi, le stress s'inscrit comme une réalité dans le monde du travail et apparaît comme un nouveau risque professionnel pour le salarié, pouvant engager la responsabilité de l'hôpital.

1.4 Les cadres de santé : des professionnels fortement exposés au stress

Depuis quelques années, la problématique des CS interpelle la sphère politique qui multiplie les rapports à leur sujet. Il est vrai qu'ils sont au cœur des nombreux défis économiques et humains, qui agitent le monde de la santé.

⁴⁰ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Agir-en-prevention-du-stress-et.html>, consulté le 5/05/2011

⁴¹ <http://www.clarte-sante.fr/>, consulté le 5 juillet 2011.

1.4.1 Le métier de cadre de santé : un niveau élevé de responsabilité

Dès les années 80, la France rentre dans une logique économique qui marque le début des contraintes pour les établissements hospitaliers. Dans ce contexte le changement de métier des cadres de santé s'opère avec le décret et l'arrêté de 1995 créant le diplôme d'Etat de cadre de santé⁴². Confrontés aux aspects financiers, à la pénurie d'infirmières, à des exigences qualitatives, « ils sont désormais réunis autour d'une fonction de gestion et de management, et non plus autour de la fonction soignante »⁴³.

Leur positionnement hiérarchique est délicat car ils sont en interface avec le corps administratif et médical ainsi qu'avec l'équipe soignante et le patient. Le culte de la performance face aux contraintes économiques et réglementaires crée une mise en tension de ce groupe professionnel dont les responsabilités semblent de plus en plus pesantes.

1.4.2 Des réflexions engagées pour améliorer le métier de cadre de santé

En 1997, le suicide d'un cadre sur son lieu de travail dans un établissement de l'AP-HP, provoque la première enquête sur le stress au travail chez les cadres de santé l'année suivante⁴⁴. Elle est suivie en 2004 par l'étude PRESST-NEXT. Ces études révèlent successivement que les cadres de santé sont très préoccupés par le manque de moyens ainsi que la pénurie en personnel et que leurs relations avec les cadres supérieurs sont complexes. De plus, même s'ils sont fiers d'exercer leur métier, ils ressentent un manque de reconnaissance et une perte de sens dus à des injonctions contradictoires sur le terrain. Les conséquences sur leur état de santé sont décrites comme des symptômes à type de fatigue, d'insomnie, voire de pathologies mentales. En regard de ces résultats et face à la mobilisation nationale des cadres de santé en 2000, ces derniers réclamant davantage de reconnaissance de leurs responsabilités, d'autres enquêtes et rapports se concentrent sur le sujet.

En 2008, la ministre de la Santé charge la directrice de l'Institut du management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de conduire une mission sur la formation, le rôle et la valorisation des cadres hospitaliers. Le rapport remis en septembre 2009 par Chantal de Singly comprend 36 propositions dont certaines concernent une

⁴² Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé et arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

⁴³ ANTOINE S., novembre 2008, Les cadres de santé sont-ils stressés ?, *Soins Cadres de santé* n°68, p. 54.

⁴⁴ C'est le CHSCT central de l'AP-HP qui demande au laboratoire de psychologie du travail du conservatoire national des arts et métiers (CNAM) de conduire cette étude.

meilleure prise en compte des responsabilités, une revalorisation des rémunérations, une formation initiale à reconfigurer⁴⁵.

Dernièrement, dans la continuité de cette mission, un rapport sur la formation des cadres hospitaliers a été rendu public en novembre 2010, notant que « le principal défi à relever pour les cadres hospitaliers est clairement le management et l'ensemble des compétences ou savoir-faire que recouvre désormais cette notion, dans les établissements de santé, surtout avec la mise en place des pôles », s'orientant vers une formation organisée autour d'une logique de « mastérisation »⁴⁶.

En décembre 2010, une étude sur les conditions de travail des cadres de santé est présentée par l'Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux (ADRHESS)⁴⁷. Les résultats mettent en évidence l'importance de l'exposition des cadres aux RPS. Suivant l'échelle de Siegrist⁴⁸ qui mesure le déséquilibre efforts/récompenses, les cadres de proximité, selon l'échantillon considéré, sont pour 15% d'entre eux dans une situation de dépression et pour 16% dans une situation de mal-être. Ces pourcentages se révèlent plus élevés que dans la population générale⁴⁹.

L'enquête que nous avons réalisée dans deux centres hospitaliers (CH), tente d'apporter un éclairage en identifiant les situations stressantes que vivent les CS et les causes qui concourent à l'émergence de ce phénomène.

⁴⁵ De SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission Cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 125 p., consulté le 26 mars 2011 sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

⁴⁶ YAHIEL M., MOUNIER C., novembre 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, IGAS, p.3.

⁴⁷ BROESSEL Nathalie, maître de conférence et médecin au CHU de Strasbourg a mené cette études auprès de 500 cadres de proximité de 5 hôpitaux du grand Est. : consulté le 5/07/2011, disponible sur Internet : <http://www.adrhess.fr/index.php?page=interventions>

⁴⁸ <http://www.cgsst.com/fra/les-outils-de-mesure/pour-lexposition-aux-sources-de-stress.asp>, consulté le 30 avril 2011.

⁴⁹ MARASCHIN J., janv. 2011, Les risques psychosociaux, *Objectif Soins* n°192, p. 35.

2 L'Enquête de terrain : Analyse des situations professionnelles stressantes et de leurs origines

Avant de rendre compte des résultats de l'étude conduite dans les deux CH, il convient de présenter les modalités de collecte des données sur ces deux sites.

2.1 Méthodologie de l'enquête

Dans le cadre de cette étude qualitative, l'analyse compréhensive des entretiens permet de mettre en adéquation les propos des CS sur leurs propres perceptions et compréhension de leur monde du travail, ainsi que sur leur exposition à des situations de stress.

2.1.1 Les objectifs

Les objectifs de l'enquête visent à mettre en évidence les situations professionnelles vécues comme stressantes et identifiées comme telles par les CS ; de repérer les facteurs de causalité et leurs mécanismes qui concourent à produire ces situations de stress ; d'apporter un éclairage sur les évolutions envisagées dans les prochaines années. Cette étude permet aussi d'appréhender les actions mises en œuvre sur le terrain pour tenter d'enrayer le phénomène. Les thèmes abordés lors des entretiens sont les suivants :

- Les situations professionnelles stressantes identifiées par les CS ;
- Les éléments contribuant au développement de ces situations de stress chez les CS, à travers les causes et les mécanismes repérés ;
- Les actions de prévention mis en œuvre par les établissements ;
- Les leviers d'amélioration préconisés par le DS.

L'analyse s'appuie sur des concepts sociologiques et psychologiques. Elle se structure autour des thèmes principaux énoncés ci-dessus qui eux-mêmes répondent aux sous-questions posées dans l'introduction.

2.1.2 Le champ d'enquête

L'enquête a eu lieu dans deux CH de taille moyenne, ayant chacun une activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique {MCO}), et de gériatrie, l'un deux possédant en plus un pôle de psychiatrie. Il est intéressant de faire des comparaisons et de voir dans quelle mesure il peut y avoir des situations différentes ou au contraire semblables d'un établissement à l'autre.

Le premier CH (appelé CH1) est doté de 1520 lits et places et compte environ 3200 salariés. Il est référent sur le département. Le DS y exerce depuis huit ans en tant que coordonnateur général des soins (CGS). Le CH1 possède de bons résultats en termes d'indicateurs d'activité (nombre de séjours, durée moyenne de séjour {DMS}...) et son activité progresse de 2.5% chaque année depuis trois ans. Son budget est d'ailleurs à l'équilibre depuis 2009. Il n'est pas en concurrence avec le secteur privé (faiblement présent). Il est distant de moins de 120 kms de deux CHU. Il a été certifié sans réserve ni recommandations. Dans le cadre du projet médical, le schéma directeur est ambitieux avec le projet d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et de nombreuses restructurations. Le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (PSIRMT) 2011-2015 met l'accent sur trois axes : la prise en charge de la personne âgée, le développement des coopérations et la participation à la maîtrise des coûts. Cet établissement dynamique possède une bonne notoriété sur un territoire où la population, peu urbaine, est d'un niveau socio-économique plutôt favorisé.

Le deuxième CH (appelé CH2) a une capacité de 1240 lits et places et est un établissement majeur de la région. Premier employeur de la ville où il se situe, il compte plus de 3000 salariés et dispose d'une architecture moderne dans le cadre de rénovations menées sur plusieurs années. Etablissement dynamique également, Il offre sur un seul site des soins de courte durée MCO, de la psychiatrie et des structures dédiées à la personne âgée. Le CGS en poste connaît très bien l'ETS car il y a exercé toute sa carrière. Contrairement au premier CH, la situation budgétaire de l'établissement est plus tendue et la progression de son activité reste inférieure à 2%. Dans le cadre d'un effort d'économie, le CH est très vigilant sur le plan de ses dépenses, d'autant plus qu'il connaît une concurrence avec le secteur privé, notamment sur l'activité de chirurgie. Le plus proche CHU est distant d'environ 80 kms. Le CH2 a été certifié avec recommandations. Le PSIRMT s'inscrit dans les missions du CH et s'articule autour du parcours de soins du patient selon cinq étapes : l'accueil, le diagnostic, la prescription, la réalisation et la sortie.

Les profils enquêtés dans les deux CH sont les suivants : dix cadres de santé, deux médecins du travail, deux psychologues du travail, deux DS, l'ensemble réparti pour moitié sur chacun des sites.

2.1.3 Les caractéristiques

Les données de l'enquête ont été recueillies par entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide spécifique pour les CS, pour les médecins de travail et les psychologues ainsi que pour les DS⁵⁰.

⁵⁰ Annexes 3, 4 et 5 : Guides des entretiens

En ce qui concerne les CS, ils ont été choisis pour couvrir un large panel de secteurs et sont issus des services suivants : médecine (2), chirurgie (2), radiologie (1), urgences (1), psychiatrie (1), unité de soins longue durée (1), hémodialyse (1) et pédiatrie (1). Tous les CS sont diplômés de l'IFCS. Leur exercice professionnel va de 2 ans à 23 ans dans la structure concernée. Ce travail s'attache au respect de l'anonymat des CH et des professionnels enquêtés. Par souci de lisibilité, une synthèse est faite à la fin de chaque chapitre.

2.2 De la perception à l'identification des situations stressantes par les cadres de santé

L'analyse des entretiens permet de mettre en lumière l'ambiguïté de la notion de stress. En revanche, les CS s'accordent pour identifier des situations professionnelles stressantes de même nature.

2.2.1 La perception du stress par les cadres de santé : une variable dépendant des individualités et des ressources

Chaque CS évoque un niveau de stress différent en fonction de sa propre perception et des ressources qu'il a en regard.

A) La vision du stress par les cadres de santé est duale

Les deux versants du stress, repéré dans les travaux de SEYLIE, sont bien décrits par les CS au cours des entretiens. Le côté positif du stress (eustress) est perçu comme un élément moteur qui permet de se dépasser, d'être créatif, *« c'est une poussée d'adrénaline qui impulse de l'énergie car on a besoin de tension pour avancer »* ou encore *« le stress, j'en ai besoin, c'est motivant pour exercer mon métier...Il amène de l'essor, c'est un moteur et il en faut toujours un peu... »*. Pour certains CS, un niveau de stress est indissociable de la fonction de responsable. Il constitue même un excitant utile pour dépasser les obstacles. Les CS émettent ainsi l'idée qu'un certain niveau de stress est utile à la performance.

En revanche, le versant négatif (distress) est aussi clairement décrit par l'ensemble des CS qui en parlent comme *« d'un inhibiteur, instaurant le doute et entraînant des réponses inappropriées »*. La perte de moyens, la déstabilisation, la démotivation sont souvent évoquées au cours des entretiens. *« Le stress négatif, c'est la pression, on nous martèle, les exigences arrivent de toutes parts, cela crée des tensions... On ne s'aperçoit pas forcément que c'est du stress, quand on est jeune cadre »*.

et que l'on veut faire plaisir, on ne se protège pas ». Les propos recueillis montrent ainsi toute l'ambiguïté concernant la perception du stress par les CS. Ils en ont une représentation très large où de nombreuses variables personnelles sont intriquées. Le stress est une traduction individuelle où l'aspect psychologique est important, comme l'a souligné LAZARUS.

B) Les cadres de santé expriment en priorité leur stress à travers la description d'émotions ou d'opinions négatives

En effet, d'après les propos recueillis, les CS évoquent de façon récurrente un sentiment de perte d'analyse car *« il faut toujours répondre de manière immédiate, on saute les étapes avec l'impression qu'on va aller droit dans le mur à un moment donné »* ou encore *« on n'a pas de temps de repos pour réfléchir, se poser »*.

Ils évoquent un sentiment d'impuissance face à des situations difficiles, l'impression de ne pas y arriver, de prendre du retard et de ne pas toujours parvenir à se ressourcer dans des activités extérieures. L'intrusion de la sphère professionnelle dans la sphère privée et l'impact sur les relations familiales sont aussi évoqués car *« on emmène l'hôpital avec nous, malgré nous »*. Le stress est même jugé délétère, pouvant aller jusqu'à toucher les compétences. Un CS avoue *« humainement, je sais que je peux perdre pied... »*, alors qu'un autre évoque *« un état de nervosité extrême, très intériorisé »*. Pour deux CS, le stress est un vrai problème pouvant avoir des conséquences sur leur santé, notamment en termes de pertes de sommeil, de fatigue et d'arrêts maladie pour l'un d'entre eux. Ils sont issus du même ETS, l'un en unité de soins longue durée (USLD) et l'autre en radiologie et sont en poste depuis moins de 3 ans, montrant la plus grande fragilité des cadres débutants. Il faut, par ailleurs, bien différencier le syndrome d'épuisement professionnel qui est un surmenage physique⁵¹, du stress qui est une angoisse d'inadaptation, dont relèvent les propos ci-dessus en évoquant la peur de ne pas y arriver⁵².

Ainsi, ces propos confirment que l'expérience de stress est complexe et fait appel à des composantes cognitives, physiques et psychologiques. Hans SEYLIE avait d'ailleurs bien cerné l'aspect piégeant de ce concept à l'aune de ces recherches⁵³. Ces éléments de réponse donnés par les CS montrent aussi que la traduction individuelle qu'ils en font semble aussi, sinon plus importante, que la cause même du stress. D'autant que les CS élaborent leur propre stratégie d'actions et s'appuient sur des ressources variées pour y faire face.

⁵¹ Les répercussions physiques peuvent entraîner un désordre « somato-psychique », site consulté le 3 octobre 2011, *Stress chez l'humain*, p.16 et disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l'humain

⁵² Les répercussions physiques sont le résultat d'un désordre « psychosomatique ». Ibidem p. 16

⁵³ Voir page 9, sous chapitre 1.2.1.

C) L'expérience, les ressources individuelles et collectives sont précieuses dans la gestion du stress

La majorité des CS considèrent qu'ils sont en capacité de gérer leur stress dans l'exercice de leur métier, pour les raisons suivantes :

- Leur capacité à prendre du recul, de la distance par rapport aux situations difficiles. Mais pour cela « *il faut de la bouteille !* » ;
- Le fait d'avoir plutôt une vision des choses positives car « *à tout problème il y a toujours une solution, il suffit de bien chercher* » ;
- Le fait d'avoir « *une ligne de conduite avec des règles bien établies et connues de tous* » , permet de faire face à des équipes parfois difficiles ;
- Les ressources en internes sont très importantes, notamment le travail des CS en binôme permet de développer une solidarité, un partage des contraintes et l'expression des difficultés au cours d'échanges réguliers. La présence d'un cadre de pôle est évoquée comme une aide précieuse et un appui pour relayer les problèmes au niveau de la direction des soins. Le sentiment de partager les responsabilités est une notion forte et récurrente ;
- Enfin, les ressources en externe (vie privée, milieu associatif, passions, sports) sont évoquées par cinq CS comme indispensables à leur équilibre car « *cela permet de prendre du recul et revenir avec plus de créativité.* »

Cette première étape de l'étude confirme bien la complexité de cette notion de stress pour laquelle une définition précise et consensuelle est difficile à trouver. Cependant les CS évoquent bien ce sentiment d'être dépassé et de ne pas pouvoir faire face et confirme une des définitions du stress comme étant un « *état psychologique issu de la perception d'un déséquilibre entre les attentes perçues et l'autoévaluation des ses propres capacités à rencontrer les exigences de la tâche* »⁵⁴. Cependant, s'ils sont majoritairement convaincus d'avoir les moyens de gérer le stress, ils identifient des situations très stressantes dans lesquelles ils se sentent vulnérables. Car au-delà des variables individuelles déjà évoquées, le stress est aussi le produit de variables contextuelles et socioculturelles, comme c'est le cas dans les situations décrites.

⁵⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l'humain, consulté le 3/10/2011, p.17.

2.2.2 Les situations professionnelles de stress : des interactions complexes et un sentiment de perte de maîtrise de l'environnement

Ces situations sont définies comme stressantes par les CS dans le sens où elles vont bien au-delà de simples tensions, par la forte demande adaptative qu'elles génèrent. Ce sont des situations, qui par leur nature, leur répétitivité ou leur cumul, peuvent à la longue entraîner des désordres physiques, psychologiques ou bien le départ des CS.

A l'aune des expériences de stress recensées lors des entretiens sur le terrain, il est possible d'établir les catégories suivantes concernant les situations rencontrées :

- Les situations de conflits relationnels ;
- Les situations entraînant des conflits de valeurs ;
- Les situations entraînant un sentiment de non reconnaissance ;
- Les situations liées à la gestion d'une forte activité ou d'une surcharge de travail ;
- Les situations liées à la maîtrise partielle des organisations ;
- Les situations de conduite de projet non abouti.

Elles ne sont pas priorisées mais peuvent être classées selon deux axes : psychologique et technique.

A) Axe psychologique

- **Les situations de conflits relationnels**

Au cours des entretiens, deux types de situations ont été évoqués : les conflits relationnels avec les médecins et les conflits relationnels avec l'équipe paramédicale. Ces situations génèrent des tensions rapportées par les CS comme étant très stressantes.

Premier type de situation : plusieurs CS évoquent leurs relations difficiles avec les médecins, notamment dans le cadre du travail prescrit. Pour les CS, c'est « *une grande source de stress. Par exemple, quand les médecins ne veulent pas écrire les prescriptions, c'est usant ! Si chacun respectait son domaine de compétence, ce serait facile, car tout cela engage la responsabilité et crée beaucoup d'incertitude !* ».

Un autre CS raconte sa peur de la réaction des médecins, dans le cadre de ses relations professionnelles, depuis une altercation avec l'un d'eux. Jeune CS, seul pour l'ensemble du service depuis peu (son collègue ayant changé de poste, la direction a pris la décision de ne pas le remplacer), ces dysfonctionnements l'ont beaucoup questionné sur son avenir dans le service, remettant lui-même en cause ses compétences : « *Je suis tout seul, je n'ai plus de binôme, je suis surchargé de travail, je me demande si je vais être à la hauteur et j'ai peur d'oublier des choses* ».

Deuxième type de situation : les conflits entre le CS et l'équipe soignante sont souvent liés à des « histoires » de planning. Un CS raconte cette erreur de planning faite dans la programmation des vacances d'été pour un soignant. Il a très mal vécu la réaction de l'agent l'accusant de l'avoir fait exprès. Il poursuit : « *Les agents ont toujours l'impression qu'on est contre eux... Par moment j'ai vraiment l'impression d'être à côté de la plaque et je me sens vraiment mal* ». Ce CS semblait très affecté et a pleuré tout au long de l'entretien.

- **Les situations entraînant des conflits de valeurs**

Cela concerne toutes les situations où les CS, en interface avec l'ensemble des corps professionnels et du malade, vivent mal les injonctions qu'ils jugent paradoxales et qui heurtent ce qu'ils nomment leurs valeurs. C'est par exemple la pression vécue à travers le développement des procédures pour améliorer la qualité des soins alors que les CS jugent que les effectifs sont de plus en plus contraints. « *C'est une ambivalence que l'on vit au quotidien dans la proximité, entre qualité des soins et personnel restreint* ».

De même, le fait de devoir accueillir à tout prix les patients venant des urgences, demande au CS de faire des choix et de « *pousser à la rue* » des patients, notamment âgés, dont l'état de santé reste préoccupant. Ces situations entraînent un sentiment de frustration car « *on a l'impression de mettre les gens dehors, on a une perte de sens, une perte de qualité....C'est peu gratifiant et cela réinterroge en permanence les valeurs du service public* ». Les CS ont aussi l'impression d'engager leur responsabilité vis-à-vis de la qualité et de la sécurité des soins. Lorsque ces situations se reproduisent sur le long terme, les CS parlent alors d'une perte de sens de leur travail.

Une autre situation stressante décrite par un cadre de médecine concerne le devenir des patients ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC). En effet, « *il faut tenir compte des objectifs de l'institution et respecter la DMS qui est de 10 jours pour les AVC. Or c'est un problème de trouver des places pour les patients lourds, il faut se battre, alors que des patients plus légers sont pris avant ! C'est une forme d'injustice et c'est épuisant* ».

Un autre exemple est celui de la prise en charge des patients dans les services d'urgence. Cela devient pour le CS un vrai « casse-tête » avec d'une part, un objectif de réduction des délais d'attente, et d'autre part des prises en charge de plus en plus longues, notamment avec les personnes âgées et les patients en difficulté sociale. « *Il faut aller de plus en plus vite, il faut lier rapidité et qualité de la prise en charge. Ce que l'on me demande n'est plus en rapport avec mes valeurs si les projets que je mène n'aboutissent pas. A force d'accumuler les insatisfactions cela amène à une perte de sens...* ». Le CS donne par exemple le cas d'un dossier argumenté pour la demande d'une infirmière d'accueil et d'orientation qui reste sans réponse ...depuis deux ans !

- **Les situations entraînant un sentiment de non reconnaissance**

Elles sont décrites par les cadres comme étant porteuses de stress mais de façon plus « *sournoise* ». Au cours d'un entretien, un CS évoque le fait suivant : « *J'aimerais m'entendre dire « merci de ce que vous avez fait », plutôt que « vous n'avez fait que votre travail ». Il y a une perte d'humanité dans nos relations... »*. Un autre rapporte que le chef de pôle a mis un an à retenir son prénom. « *C'est le métier de chirurgien qui fait ça, ils ont une vision très étriquée des cadres !* ».

Ces situations sont souvent liées à la mauvaise qualité dans la communication entre les personnes mais aussi parfois à certaines pratiques managériales. Par exemple, un CS décrit une situation stressante lorsque le DS lui demande de lui fournir du jour au lendemain un planning prévisionnel des effectifs présents dans le service en cas de plan canicule. « *Pour moi, on ne reconnaît pas notre charge de travail... C'est très difficile de pouvoir répondre aussi rapidement alors que ma journée est bien remplie* ». Ce sentiment de non reconnaissance s'installe progressivement et peut amener le CS à se dévaloriser.

B) Axe technique

- **Les situations liées la gestion d'une forte activité ou d'une surcharge de travail**

Ces situations intègrent de manière récurrente le problème de la gestion des lits et sont signalées par l'ensemble des cadres d'un même établissement. Ces situations décrites par les CS, sont jugées usantes, voire épuisantes, « *on a une perte de sens, avec ordre de ne pas déprogrammer les interventions et ordre de prendre toutes les urgences ! C'est épuisant car c'est répétitif !* ». Plusieurs CS évoquent la pression médicale comme une situation très stressante, toujours dans le cadre de la gestion des flux de patients et donc de la gestion des lits : « *La pression médicale est forte vis-à-vis des CS et l'équipe médicale veut tout, tout de suite et met beaucoup de pression. Il n'y a pas de délai, c'est la logique médicale d'abord, il faut savoir se positionner et tenir bon* ».

Certains CS on évoqué le harcèlement des équipes d'urgences, les pressions des chirurgiens pour trouver des lits à tout prix. Ces situations de fortes tensions sont mal vécues par les équipes. Comme nous avons pu le voir, elles provoquent des conflits de valeurs. Lorsque ces situations sont récurrentes, cela crée un terrain propice pour le développement d'une situation de conflits car les frontières entre ces évènements sont perméables.

- **Les situations liées à la maîtrise partielle des organisations**

Une autre notion importante évoquée par les CS est celle de l'imprévisibilité. Dans certaines spécialités, comme la traumatologie ou bien les urgences, cette imprévisibilité peut entraîner, au cours du temps, un stress important chez certains CS, comme dans l'exemple de la gestion des flux de patients. Ce sont surtout les situations d'arrêt maladie de dernière minute du personnel soignant, qui sont vécues comme un phénomène stressant pour les CS, notamment si elles se produisent la veille d'un week-end ou de vacances, les solutions de remplacement étant plus rares.

On peut aussi identifier le non respect par les soignants de l'organisation établie par le CS. Certains choisissent leurs propres secteurs d'affectation au détriment du roulement décidé par le CS, évitant ainsi les secteurs trop lourds. Le CS semble débordé face à des personnalités très fortes de certains professionnels et peut se sentir totalement discrédité dans sa fonction. *« C'est très stressant de s'apercevoir qu'il y a un écart entre ce que l'on organise et ce qui est fait en réalité, j'ai l'impression de ne rien maîtriser »*. Le sentiment d'impuissance exprimé par ce CS est particulièrement dérangement et renvoie à la capacité de gestion d'équipes dans des secteurs difficiles (dans ce cas, il s'agit de l'USLD).

- **Les situations de conduite de projet non abouti**

Des situations de stress sont décrites par les CS lorsqu'il y a une distorsion entre les projets et leur concrétisation finale. En effet un CS explique son investissement dans un projet avec un accompagnement des équipes pendant quatre ans, pour constater sa remise en cause complète au moment de sa réalisation. Ce projet concernait le regroupement des urgences adultes et pédiatriques qui n'a pas eu lieu car l'espace dédié a été consacré à un lieu d'accueil spécifique pour le grand âge. *« Il y a un sentiment d'incohérence et des tensions car les équipes ne comprennent pas, même si cela peut être fondé... »*.

En effet, ces éléments sont à relier aux propos cités auparavant, concernant les situations sur les conflits de valeurs. Car précédemment, le CS fait état des difficultés lors de la prise en charge des patients âgés dans le service des urgences. Or le projet de création d'un espace dédié à cette population peut apporter des améliorations mais vient anéantir le projet de regroupement des urgences adultes et pédiatriques. Les CS ont un manque de lisibilité concernant les arbitrages et semblent très éloignés des processus décisionnels. Conduire une équipe pendant quatre ans vers un changement qui n'aboutit pas, peut être vécu comme un échec par le CS, malgré le bien fondé des décisions des dirigeants.

2.2.3 Synthèse : Les situations de stress des cadres de santé : une forte demande d'adaptation et une forte charge émotionnelle

La différence entre la perception de leur propre stress et le vécu de situations stressantes est soulignée par les CS. La majorité d'entre eux s'estime peu stressée, mais par ailleurs, vit des situations professionnelles génératrices de tensions fortes et chroniques. Tous les CS interrogés ont mis l'accent sur le fait qu'ils ont le projet de changer de service car ils ne veulent pas s'essouffler. Les propos recueillis font état d'un besoin de mobilité, notamment vers le domaine de la formation, afin de ne pas subir une usure progressive dans une « *gestion de l'impossible* ».

Les situations décrites sont loin d'être exhaustives mais cette étude permet de les répertorier dans des classes de même nature, ce qui en fait des domaines invariants et transférables quel que soit l'établissement. Ces six domaines repérés lors des entretiens sur les deux CH pourraient être complétés et affinés par une étude plus poussée intégrant d'autres établissements. Le décryptage de cette première analyse montre la diversité des situations stressantes mais aussi le caractère répétitif de ces dernières. Elles sont aussi très perméables entre elles, les unes pouvant entraîner les autres. Elles font référence à deux aspects : l'un plutôt d'ordre psychologique (les valeurs, les relations, le sentiment de reconnaissance) et l'autre plutôt d'ordre technique (la maîtrise des organisations, la conduite de projets, la gestion de l'activité). Elles ont toutes un point commun : la charge émotionnelle sous-tendue dans toutes ces situations vécues, faisant écho à la théorie de LAZARUS sur la psychologie et le stress. Cette charge émotionnelle est elle-même en lien étroit avec le sentiment de ne pas pouvoir influencer sur le cours des événements.

Il est intéressant de repérer les différences de nature des situations génératrices de stress au sein des deux établissements. En effet, dans le premier CH enquêté (CH1) ce sont les situations concernant la gestion de l'activité, les conflits de valeurs et les projets non aboutis qui prédominent, alors que dans le deuxième (CH2), ce sont plutôt les conflits relationnels, le problème de la maîtrise des organisations et le manque de reconnaissance.

La distinction entre les deux CH se situe principalement à trois niveaux : la situation financière (le CH1 est à l'équilibre depuis trois ans, contrairement au CH2), l'environnement non concurrentiel du CH1 (contrairement au CH2), la certification sans réserve ni recommandation pour le CH1 (contrairement au CH2 qui a eu des recommandations). Les variables contextuelles sont donc particulièrement importantes et pour le DS, il est donc, essentiel d'avoir une bonne connaissance du CH au sein de son territoire pour analyser de manière pertinente la survenue de ces situations de stress.

En effet, l'équilibre financier du CH1 s'explique par une progression de son activité et une gestion rigoureuse. L'accent est mis sur la fluidité du parcours des patients, afin de répondre aux besoins de la population. Ainsi, la gestion des lits est un point crucial auquel les CS sont confrontés. Elle entraîne des tensions fortes avec une perte de sens et un manque de lisibilité dans les réorganisations. En regard de sa bonne situation financière, le CH1 est en pleine expansion et s'investit dans des réorganisations plus performantes (développement de l'ambulatoire, espace dédié pour l'accueil du « grand âge »...) sous l'œil attentif des tutelles.

Pour le CH2, les priorités sont différentes. Il s'agit, en effet, d'éviter un plan de retour à l'équilibre en réduisant les dépenses et de développer l'attractivité de l'établissement. Les CS vivent le paradoxe de la réduction d'effectifs dans le cadre d'une demande d'augmentation de l'activité. Ce contexte entraîne des situations conflictuelles entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Les problèmes de planning deviennent récurrents, la pression des tutelles subie par la direction retentit sur les professionnels et notamment sur les CS qui ont le sentiment de ne rien maîtriser et de ne pas être reconnus dans l'établissement.

De plus, comme nous le verrons plus loin, les médecins évoquent de plus en plus leur mal-être au travail et sont tout aussi exposés au stress, ce qui explique les conflits entre les professionnels.

2.3 De l'identification des éléments explicitant l'origine de ces situations

Au cours des entretiens, les CS mettent en évidence les phénomènes pouvant expliquer leur exposition au stress. Plusieurs causes et mécanismes peuvent éclairer la genèse de ces situations stressantes. Certains d'entre eux ont déjà été évoqués précédemment. Sans prétendre à une exhaustivité, cette étude permet d'en repérer les principaux.

2.3.1 Les facteurs de causalité des situations professionnelles stressantes, fruits de l'évolution sociétale

Miroir de la société, l'hôpital se transforme au gré des changements qu'ils soient d'ordre économique, organisationnel, psychologique ou sociologique. Les situations professionnelles de stress sont la traduction des écarts d'appropriation sur le terrain.

A travers les entretiens, les CS ont pu donner une dimension multifactorielle aux situations stressantes auxquelles ils sont confrontés. Les principaux facteurs identifiés sont les suivants :

- Les fortes contraintes économiques ;
- La permanence des changements ;
- L'accélération du temps ;
- La détérioration des rapports sociaux.

Ils ne sont pas priorisés mais peuvent être classés en deux groupes.

A) Les facteurs liés à la recherche de productivité

- Les fortes contraintes économiques

Tous les CS font part de leur inquiétude face à la logique économique qui domine dans les hôpitaux, et « la marchandisation » du soin. *« Aujourd'hui, on est dans une production de soins et cette demande de rentabilité est incompatible avec notre métier. Cette relation avec l'entreprise est dérangeante »*. Pour un CS, la T2A entraîne des dérives dans les prises en charge et change le rapport aux soins. Il note : *« On est dans une logique économique, les soins qui rapportent le plus sont reconnus et développés... l'accompagnement et la prévention sont les parents pauvres... »*. Un autre CS dit : *« La notion de rentabilité me gêne. Avant il y avait peut être trop de moyens ou mal répartis, donc on peut comprendre le sens des réformes, mais la santé n'est pas qu'une notion économique. »*. La gestion médico-économique a des limites pour les CS et génère des incompatibilités avec la notion de service public hospitalier.

- La permanence des changements

Le changement est permanent et en lien avec un contexte socio-économique de plus en plus difficile. L'univers hospitalier, instable, se décrypte à travers les nombreuses restructurations, les nouvelles organisations, les réformes de plus en plus rapprochées. Pour les CS, cela se traduit par un manque de lisibilité et une grande frustration lors d'abandon des projets en cours. Ces changements rapides rendent difficiles leur appropriation par les professionnels et finissent par échapper à la compréhension de nombreux acteurs hospitaliers.

Cela génère un stress, qui touche sur le long terme l'activité du CS et de ses équipes. Mais le changement est constant. Il faut sans cesse reconstruire de la stabilité dans un contexte instable. L'adaptabilité est un point fort qui concerne les ressources humaines mais aussi tous les processus managériaux et organisationnels devant être compliants. Il ne faut pas oublier que le changement est au service d'une meilleure prise en charge des

patients, dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins. S'il doit s'adapter à un environnement socio-économique contraint, il se doit aussi d'accompagner le progrès médical.

B) Les facteurs d'ordre socio-psychologiques

- L'accélération du temps

Le rapport au temps est aussi un grand facteur de changement. D'après les propos recueillis, les CS ont souvent le sentiment de travailler dans l'urgence, d'être dérangés, interrompus et de ne pas avoir assez de temps. Ce temps manquant s'exprime surtout dans le cadre de la prise de décision : *« Il faut avoir des réponses rapides à la demande médicale ou administrative. On n'a pas le temps de prendre suffisamment de recul et de distance... A un problème, il faut trouver une solution tout de suite, alors qu'on n'a pas tous les éléments pour décider... Il faut être de plus en plus rapide dans la prise de décision et dans l'exécution... Les techniques sont de plus en plus pointues et il y a de plus en plus de demandes, par exemple on dialyse régulièrement des personnes de 90 ans »*. Ce sentiment de travailler dans l'urgence est prégnant dans le CH1. L'accent est d'ailleurs mis sur la gestion des lits. De plus, la peur de se tromper, de mal faire son travail et d'être débordé, illustrent bien les situations génératrices de stress concernant les conflits de valeurs et la gestion d'une forte activité.

- La détérioration des rapports sociaux

Les rapports sociaux sont jugés de plus en plus difficiles par les CS. L'un d'eux précise que ce n'est pas tant la charge de travail qui a changé que le rapport aux autres : *« Les patients sont plus exigeants, les professionnels plus difficiles à gérer et ils recherchent un confort de vie... La collaboration entre CS et médecins ne va pas de soi... Ils ont une vision non réaliste du travail des CS. Pour eux, c'est celui qui suit le médecin, qui fait la visite et qui fait les plannings »*. Ces décalages de représentations favorisent la survenue de conflits relationnels qui est un des domaines des situations stressantes. Ces dernières sont très chargées émotionnellement et peuvent entraîner de graves dysfonctionnements.

Dans le CH2, le recours à un médiateur extérieur à l'hôpital a été nécessaire afin de réaliser un audit, dans le cadre d'un conflit entre des médecins et des paramédicaux. Cette détérioration des rapports sociaux est amenée à s'aggraver d'après les médecins du travail et les psychologues interrogés. La cause évoquée serait l'individualisme important dans les sociétés modernes. Les dirigeants des structures de santé devront être extrêmement vigilants sur ce sujet.

2.3.2 Les mécanismes des situations professionnelles de stress : des éléments clés pour comprendre

La compréhension des situations professionnelles stressantes est complexe. Ces dernières sont plurifactorielles, comme nous pouvons le voir tout au long de l'analyse. Des mécanismes⁵⁵ sont identifiés comme autant de catalyseurs de ces phénomènes.

Les entretiens conduits avec les CS permettent la compréhension de certains d'entre eux, établissant le lien entre les causes et les effets. Les mécanismes sont repérés à travers les différentes situations de stress évoquées auparavant. Tous les CS affirment que leur métier est beaucoup plus difficile aujourd'hui qu'il y a quelques années. Tel un engrenage, certains mécanismes pèsent considérablement sur les conditions de travail et sont identifiés. Il s'agit de :

- La répétitivité ou chronicité ;
- L'imprévisibilité ;
- Les conflits de temporalité ;
- La fragmentation des activités ;
- L'insécurisation.

Ils sont l'expression d'un sentiment de pénibilité et d'insécurité au travail et peuvent être évoqués selon deux aspects.

A) Des conditions de travail de plus en plus pénibles

- La répétitivité ou chronicité des situations de stress

Quelque soit la situation stressante vécue par le CS, la répétitivité est un mécanisme aggravant et reconnu comme usant. Il est repéré à travers l'ensemble des situations stressantes décrites par les CS et notamment dans la gestion du quotidien : problèmes de lits, d'effectifs, de conflits relationnels, de charges administratives, etc... La répétition de ces situations est particulièrement délétère car ces dernières finissent par entraîner des dysfonctionnements et le départ des CS. Ce phénomène de répétitivité interroge vivement les pratiques managériales et les organisations mises en place. Cela nécessite une réflexion approfondie afin de construire des réponses adaptées aux situations.

⁵⁵ La notion de mécanisme fait écho à l'utilisation du mot stress. En effet, en physique métallurgique la loi de Hooke « stipule qu'une force extérieure (*load*) agissant sur un corps, provoque une tension de ce corps (*stress*) qui peut se transformer en déformation (*strain*). La contrainte excessive exercée sur un matériau qui devient de ce fait fatigué, déformé, cassé, rend toute tentative de retourner à l'état d'origine vaine, puisque le matériau est beaucoup plus vulnérable qu'il ne l'était auparavant, comme un trombone qu'on aurait déplié et qu'il s'agirait de remettre en place ». Sur site Internet, consulté le 3/10/2011 : http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l'humain, p.8.

- L'imprévisibilité

L'imprévisibilité est à fort potentiel de stress, dans le cadre de situations plus ou moins aigües, évoquées auparavant dans certains services comme les urgences, l'orthopédie mais aussi la psychiatrie lors de situations de violence lorsque les patients doivent être placés en isolement. En dehors de cela, l'imprévisibilité caractérise aussi tous les arrêts maladie de dernière minute. Ces derniers doivent être gérés par le CS notamment les veilles de week-end dans un contexte très contraint de moyens. La gestion des imprévus est très complexe et reste un point de vigilance pour les dirigeants qui doivent sans cesse travailler sur les processus organisationnels.

B) Le poids des responsabilités dans un contexte de perte de sens et d'insécurité

- Les conflits de temporalité

Nous notons ici la dichotomie entre la mise en œuvre d'une stratégie sur du long terme par l'équipe de direction et l'application par les CS au quotidien, avec le manque de lisibilité qui caractérise une vision à court terme. Le fait que le CS soit peu associé à la construction des projets qu'il va devoir mettre en œuvre provoque des incompréhensions, sources de dysfonctionnements, de conflits, de perte de sens du travail. La création de sens ou « sensemaking »⁵⁶ doit donc être le leitmotiv des managers, en associant et en accompagnant les équipes les plus proches des patients.

- La fragmentation des activités

Les CS évoquent aussi un changement très important au niveau de leurs missions. Celles-ci se sont beaucoup développées au cours des dernières années. Ils sont amenés à prendre part à de multiples activités, qui paradoxalement, leur donnent le sentiment de s'éparpiller et de ne gérer que le quotidien : « *On est absorbé par le quotidien, on a moins de temps pour les projets, pour être avec les équipes car il y a trop de gestion* ». Ils ont, in fine, une vision fragmentée de leur travail. Le fait « d'avoir le nez dans le guidon », empêche de mettre en place les projets et amène beaucoup de frustration.

- L'insécurisation

Les CS ont le sentiment d'être sur « le fil du rasoir » et l'expriment comme tel. Prenant l'exemple d'un manipulateur en radiologie seul pour l'ensemble du service la nuit, le CS juge que la sécurité n'est pas assurée. Il souligne que « *les patients sont de plus en plus lourds, on n'est pas à l'abri... J'engage ma responsabilité, celle de l'agent et la sécurité du patient* ». L'insécurité est aussi traduite à travers la maîtrise partielle des organisations,

⁵⁶ JOUNE B., RAULET-CROSET N., 2008, *Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude*, AIMS, Revue officielle Management, p.28.

notamment lors de la gestion des arrêts de dernière minute, mais aussi lors de la gestion d'une forte activité ou d'une surcharge de travail. Cette insécurisation est toujours liée au fait que le CS voit sa responsabilité engagée dans des domaines dont il perd la maîtrise. Redonner un sentiment de sécurité au travail devient un enjeu pour les années à venir afin de reconstruire la confiance et la solidarité entre les professionnels.

2.3.3 Synthèse : Les éléments producteurs de stress : un reflet de l'environnement socio-économique

En ce qui concerne les RPS, deux facteurs sont particulièrement importants comme cela a été noté précédemment : l'organisation du travail et le management.

D'une manière plus pointue et en lien avec la cartographie des situations stressantes dans les deux CH, l'analyse repère des éléments éclairant les processus d'exposition au stress des CS au sein de ces établissements.

En effet, l'application des réformes successives, même si elles sont comprises par les CS, n'est pas entièrement acceptée. La maîtrise des dépenses de l'hôpital a nécessité le recours à des outils venant du secteur privé afin de mettre en œuvre « le nouveau management public (NMP) »⁵⁷ : indicateurs de performance, benchmarking⁵⁸, responsabilisation des professionnels, T2A, évaluation médico-économique etc.... Les contraintes budgétaires sont ressenties comme très pénalisantes par les CS. En effet, le travail tient une place importante dans la vie et donne un sens à l'existence de chacun. Quand celui-ci ne permet plus de construire ce sens, pour les raisons évoquées, il en résulte une vulnérabilité, exposant à des situations de stress.

Le développement du NMP dans les structures hospitalières a fait du CS un « multi gestionnaire ». Cependant, même si la diversité du travail est appréciée par les CS, ces derniers se plaignent d'une vision trop parcellaire de leur activité et expriment une grande insatisfaction. Ce point est important. Il faut souligner l'interruption fréquente du CS dans ses activités, le manque de lien et de suivi dans les projets qu'il doit accompagner auprès des équipes, ainsi qu'une immersion dans une quotidienneté qui l'empêche de se distancier. Le « coping » décrit par LAZARUS comme une réponse adaptative est difficilement mobilisable dans ces conditions. Et ce d'autant que les CS subissent en parallèle une « pression temporelle » à travers un sentiment d'accélération du temps. La nécessité de répondre rapidement, le conflit entre « faire vite et faire bien », l'accroissement de l'activité, entraînent un phénomène d'usure physique et des situations de stress durables car répétitives.

⁵⁷ BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression*, Edition La Découverte, Paris, pp.9-11.

⁵⁸ Méthode d'analyse comparative, basée sur des indicateurs chiffrés, en vue d'atteindre la meilleure performance et appliquée dans un premier temps à la stratégie d'entreprise.

La confrontation des temps entre les opérateurs de proximité et les dirigeants (pragmatisme de terrain et vision à long terme) est un phénomène dont il faut prendre conscience car tous les professionnels au plus près des patients doivent aussi s'emparer de ces visions à long terme pour redonner du sens à leur action quotidienne. Cette idée est évoquée sous le terme de « dyschronie » par le sociologue Norbert ALTER⁵⁹, qui pointe le fait que les différents éléments ou acteurs d'un système n'évoluent pas au même rythme, ni selon les mêmes logiques d'apprentissage, ce qui crée des conflits de temporalités. Ces décalages se situent dans un contexte de changement permanent devenu habituel mais présentant un caractère imprévisible et peu rassurant.

Enfin le délitement des liens sociaux est un fait marquant des sociétés modernes. L'hôpital est un milieu social qui n'échappe pas à ce phénomène. Les CS y sont confrontés en permanence, que ce soit avec les patients, les équipes soignantes, médicales... Evoquées comme sources de stress importantes, les situations de conflits relationnels sont liées à une détérioration des rapports sociaux et sont une réalité prégnante à l'hôpital.

Alors qu'une distinction entre les deux CH a été établie dans la cartographie des situations de stress, cette dernière est plus difficile à mettre en œuvre dans le repérage des phénomènes explicitant ces situations. La seule différence sensible à noter, concerne la pression temporelle vivement ressentie au niveau du CH1 (ce qui se comprend au vu de son activité), alors que la détérioration des rapports sociaux est plus évoquée dans le CH2 (ce qui est en cohérence avec la difficulté qu'il vit en termes d'activité et de réduction des dépenses). Ainsi, les politiques managériales des établissements vivant des tensions environnementales, vont devoir les réguler, au sein des services de soins, sous peine qu'elles n'engendrent un stress contre productif.

Il est important de noter que la mise en place des pôles n'apparaît pas comme un facteur explicitant l'exposition des CS à des situations stressantes. Bien au contraire, pour la grande majorité des CS, les pôles sont aujourd'hui une réponse à une partie de leurs difficultés, notamment dans le cadre de la gestion des effectifs et des lits. La mutualisation des moyens est une plus-value, et la reconstruction des repères semble se faire progressivement avec cette nouvelle entité. Les CS parlent « *d'ouverture dans les relations... de ligne de conduite concrète... de meilleur collectif... de culture de pôle et de création de liens d'appartenance...* ».

⁵⁹ ALTER N., 2003, *Mouvements et dyschronies dans les organisations*, PUF, l'Année sociologique, Vol. 53, 2, p. 489.

Malgré la difficulté dans leur mise en en place et la résistance dont ils ont fait l'objet, les pôles sont perçus par les CS de manière plutôt positive, permettant une meilleure régulation et un lieu d'appropriation des projets.

2.4 Des démarches de prévention mises en place dans les CH enquêtés

Dans les deux CH, une démarche de prévention existe en ce qui concerne les RPS. Le stress n'a pas fait l'objet, en tant que tel, de mesure particulière ; la population des cadres de santé non plus. Cependant, les deux CH ont en commun d'avoir fait intervenir une société extérieure pour réaliser un audit :

- Pour le CH1, il s'agit d'une enquête portant sur l'ensemble des professionnels de l'ETS afin d'identifier les RPS et de proposer des pistes d'amélioration en fonction des résultats. Un comité de pilotage (COPIL) a été mis en place afin d'accompagner cette démarche, de restituer les résultats et de travailler sur les propositions.
- Pour le CH2, il s'agit de l'intervention d'un médiateur dans le cadre d'une situation particulière concernant un conflit entre professionnels dans un service médico-technique. Par ailleurs, un groupe de travail sur les RPS s'est constitué, afin de clarifier les concepts, d'identifier les priorités en fonction desquelles des propositions d'amélioration seront proposées.

2.4.1 Le diagnostic des risques psychosociaux du CH1 : une démarche de prévention renforcée pour l'ensemble des professionnels

Au-delà de l'aspect légal, l'établissement s'est engagé dans une démarche forte de prévention des RPS en choisissant l'intervention d'un consultant externe.

1. La réalisation de l'étude sur les RPS

Un COPIL a été créé et quatre étapes ont jalonné cette démarche : un pré-diagnostic des RPS par la société elle-même, au travers de l'histoire du CH et de tous les documents pouvant instruire cette première étape ; une évaluation quantitative grâce à l'analyse d'un questionnaire remis à chaque agent (réalisée en avril 2011) ; une évaluation qualitative avec 10 groupes de travail selon des thématiques⁶⁰ issus des analyses précédentes (en octobre et novembre 2011) ; la réalisation d'un plan de

⁶⁰ Six thématiques sont retenues : 1) management des équipes et des hommes ; 2) évaluation et valorisation professionnelles, accompagnement des parcours ; 3) soutien social ; 4) identité professionnelle motivation et engagement ; 5) violence et agressivité interne ; 6) agressivité des patients et des familles, confrontation à la douleur, la souffrance et la mort.

prévention. Les résultats de l'analyse ont été restitués au cours d'une trentaine de réunions organisées sur trois mois (mai, juin et septembre) pour l'ensemble des agents. Cette démarche s'étale sur deux ans (2010 et 2011), le plan de prévention devant être réalisé début 2012.

En dehors de cette démarche plutôt récente, le CH a mis en place, en lien avec la médecine du travail, une procédure de soutien des agents en difficultés. Ces derniers bénéficient de consultations avec des psychologues extérieurs à l'établissement. Les consultations sont entièrement prises en charge par ce dernier.

2. Le dispositif de soutien aux agents

Il s'articule entre la médecine du travail et deux psychologues de ville avec lesquels le CH a établi une convention. La médecine du travail est composée de trois médecins, membres du COPIL du groupe prévention des RPS. Ils sont reconnus comme des conseillers par la direction. Ils sont très écoutés sur le sujet et sont prioritaires dans leurs demandes d'affectations pour les professionnels en difficulté. Les relations avec la direction des soins se font grâce au comité de suivi des agents en difficulté (CSAD)⁶¹ qui se réunit mensuellement. Les médecins du travail se retrouvent deux fois par an avec les psychologues de ville pour faire un bilan de l'activité de ces derniers, notamment sur les catégories professionnelles qui requièrent un soutien. Ils ont pu constater que les CS et les médecins sont de plus en plus demandeurs. Les CS consultent peu en règle générale car *« un cadre, ça ne craque pas, ça doit pouvoir gérer... Ils ne veulent pas montrer leur faiblesse et les RPS sont toujours masqués ... Ils viennent nous voir quand ils n'en peuvent plus, quand ils sont à bout... »*. Bien souvent, ils prennent contact avec le psychologue sans passer par la médecine du travail, marquant ainsi leur réticence à montrer leur mal-être au sein de l'institution. Les médecins du travail sont inquiets car ils constatent un phénomène d'intensification du travail lié à une inadéquation entre les moyens humains à disposition et la charge de travail en regard.

Cette pression « productiviste » éclipse la fonction humaniste dans une course aux économies balayant les valeurs professionnelles. Ils constatent aussi une dégradation dans les relations entre les personnes et sont pessimistes quant à la réduction du risque psychosocial. Ils considèrent aussi que la faible cohésion pénalise les CS car il y a un manque de soutien entre eux, voire une certaine rivalité.

Les partenaires sociaux sont plutôt discrets et forment un contre pouvoir faible même s'ils sont associés au COPIL du groupe de prévention des RPS.

⁶¹ Le CSAD est constitué du DRH, du DS, des 3 MT et de personnes invitées le cas échéant.

2.4.2 La prévention des risques psychosociaux du CH2 : une démarche autour de plusieurs groupes de réflexion et de la médecine du travail

Porté par la direction générale de l'ETS, ce dispositif s'articule autour de la médecine du travail, impliquant les partenaires sociaux ainsi que de nombreux professionnels au sein de groupes de réflexion, favorisant la mise en œuvre de formations et d'outils spécifiques.

1. La Direction

La cartographie des risques dans le DUERP, intègre la dimension des RPS. Elle a fait l'objet d'une enquête spécifique pour l'ensemble des professionnels (par des questionnaires renseignés avec l'aide des cadres). Conscient de la montée des situations de conflits dans certains services, le directeur de l'hôpital (DH) a fait intervenir un médiateur et a souhaité la constitution d'un groupe de travail sur les RPS⁶². De plus, il existe un comité de pilotage sur les situations de violence et un groupe de travail sur les risques professionnels chez les médecins. La médecine du travail est au cœur du dispositif et possède une forte légitimité dans ce CH.

2. La médecine du travail

Ce binôme est constitué d'un médecin et d'un psychologue travaillant dans les mêmes locaux. Le médecin du travail est positionné dans le CH2 comme un acteur pivot entre la direction, les managers de terrains et les agents. Il reçoit tous les professionnels à leur demande et a toute légitimité de la part de la direction. Celui-ci considère que les CS sont une population exposée aux RPS, mais paradoxalement ce ne sont pas eux qui viennent consulter le plus, tout comme dans le CH1 : *« Je prends toujours beaucoup de temps lorsque je suis avec un CS, j'ai institué des relations transparentes et directes avec eux, mais ils sont souvent plus inquiets pour leur équipe que pour eux mêmes. Pourtant ils ont tous les risques de développer une souffrance au travail et ils sont très peu absents pour congés maladie... »*. Ce médecin constate une certaine forme de violence au travail à travers la montée de l'individualisme au détriment du collectif et considère que les pôles complexifient le système. Mais les CS ont des ressources et les relations avec les cadres de pôle sont plutôt bonnes. En revanche, il reçoit de plus en plus de médecins qui expriment un mal-être au travail, ce qui est un phénomène récent. Pour lui, la surcharge administrative et la gestion des effectifs (notamment avec les restrictions d'aptitude) sont des situations stressantes pour les CS. Le manque de communication et le manque de collectif sont cependant les maux principaux du malaise des

⁶² Ce groupe est constitué du DRH, du DS, de 4 CS ou CP, de 4 représentants du personnel, d'un assistant social et de l'ingénieur gestion des risques.

professionnels. Conformément aux missions du Code du travail, le médecin du travail joue un rôle important dans la prévention des RPS, en tant que conseiller mais aussi en lien avec le DS avec qui il travaille dans un climat de confiance et de liberté. Pour ce faire, les relations sont formalisées par des réunions mensuelles concernant la gestion personnalisée des agents (GPA) mais sont aussi informelles, par sollicitations spontanées en cas de besoin.

3. Le psychologue du travail :

Ce professionnel intervient à mi-temps dans le cadre de consultations sur la souffrance au travail en lien avec le médecin du travail. Il reçoit aussi tous les professionnels à leur demande. Ce dernier constate une aggravation de la souffrance au travail depuis environ trois ans. L'accompagnement qu'il effectue auprès des CS lui permet d'en parler facilement. Ces derniers expriment ainsi leur malaise face à des relations conflictuelles, une surcharge de travail, avec l'impression de maltraiter leurs équipes en cas de rappel sur leur repos et un sentiment d'impuissance dans ces situations. Il précise aussi que les CS ont besoin de clarté, de repères et de réponses face à leurs questions. Il souligne l'importance d'une communication claire et adaptée et d'un soutien de la direction des soins lorsqu'il faut annoncer de nouvelles contraintes aux équipes. Pour lui, il y a de moins en moins d'espace pour questionner le travail, le mettre en sens : *« Les réunions sont souvent factuelles, à visée de transmissions, d'informations, mais pas à visée de réflexion où la pensée circule autour du sens du travail. Les discours sont fatalistes, il y a un effritement du désir »*. Afin de recréer des liens, des passerelles entre les professionnels, un groupe « respect au travail » a été constitué. En effet, les situations conflictuelles viennent souvent d'une méconnaissance du métier de l'autre, *« c'est un soutien à l'identité professionnelle, cela permet de mettre fin aux préjugés »*. Ce groupe « respect au travail » est conduit par le psychologue, avec le DS comme copilote, intégrant des professionnels de toutes catégories et de tous services. A chaque parution trimestrielle du journal interne, une rubrique est consacrée à la description d'un ou plusieurs métiers.

4. Les partenaires sociaux

Ils ont une place importante dans le dispositif de prévention, notamment dans le cadre des situations conflictuelles et du climat social tendu que vit le CH, et lors des CHSCT. Ils sont intégrés dans le groupe de travail sur les RPS. Cependant, ils ont montré leur mécontentement vis-à-vis des dirigeants en boycottant la dernière réunion. Ils pointent du doigt les problèmes d'effectifs, l'augmentation de l'absentéisme, la charge de travail élevée, la baisse du temps de parole, la mauvaise

ambiance, l'isolement et le glissement de tâches. Ils s'inquiètent de la montée de la violence dans les rapports entre les personnes, entre patients et professionnels, et professionnels entre eux. Des réunions régulières entre la direction et les partenaires sociaux ont été organisées pour réguler les relations.

5. Les autres mesures

En complément de ce dispositif, il existe un plan de prévention des TMS (avec formations et achats de matériel), des formations spécifiques concernant l'épuisement professionnel, l'agressivité, ainsi que l'organisation de « cafés éthiques ». Mais ces derniers attirent peu les professionnels car les thèmes sont choisis par la direction et n'emportent pas souvent l'adhésion des agents⁶³. Enfin, un comité des événements indésirables (EI)⁶⁴ se réunit tous les quinze jours, pour en examiner la nature et aborder les pistes de réponses.

2.4.3 Synthèse : La prévention des risques psychosociaux des deux CH : des démarches variées et souvent *a posteriori* de situations à risque avérées

Les ETS enquêtés ont en commun certains points. Chacun a pris à cœur de s'engager dans une démarche de prévention des RPS. Les constats s'avèrent similaires en ce qui concerne la progression du stress chez les CS mais aussi chez les médecins. Cependant, les CS consultent peu, de peur d'être jugés sur leur manque de compétences de gestionnaire. Il est donc difficile d'avoir une vision juste de l'exposition aux RPS des CS. Ces derniers ne font pas l'objet d'attention particulière dans le domaine de la prévention du stress dans aucun des deux CH, alors qu'il y a une vraie prise de conscience de leur exposition dans les situations de travail.

En ce qui concerne le CH1, son engagement dans la démarche de diagnostic des RPS fait suite à un événement grave puisqu'il s'agit du suicide d'un agent. Révélateur d'un profond malaise, l'intervenant extérieur confirme un niveau de burn-out touchant 56% des agents (au sein desquels 30% sont des CS). Le CH1 jouit d'une excellente réputation et d'une situation financière excédentaire. Celle-ci se révèle être le fruit d'efforts soutenus et potentiellement dommageables pour la santé des professionnels.

En ce qui concerne le CH2, son implication est réelle. Il existe des réponses en regard des problèmes soulevés et une prise de conscience véritable sur les RPS de la part de la direction. Cependant, les réponses apportées n'intègrent pas une réflexion sur le long terme avec une réelle implication de tous sur les problèmes. Hormis les situations de violences avérées (surtout liées au secteur de psychiatrie) faisant l'objet d'une

⁶³ Le dernier portait sur la pandémie grippale.

⁶⁴ Il est composé du directeur qualité et relation avec la clientèle, du DS, du président de la CME, du responsable gestion des risques et du DRH.

attention particulière, la vision reste globale, au détriment d'une analyse plus concrète que peut permettre l'approche situationnelle.

Instruite par l'analyse des différents entretiens, la présente étude confirme que les situations professionnelles stressantes sont des situations de gestion qui interrogent le management des organisations. En effet, les méthodes du système privé peinent à s'appliquer dans le secteur public hospitalier et le NMP génère le risque psychosocial.

Pourtant, la nécessité de maîtriser les coûts de la santé impose des réformes drastiques, notamment en matière de financement des ETS. Actuellement, les mots empruntés au secteur privé ne laissent aucun doute : la productivité nécessite d'augmenter l'activité en diminuant les coûts, la normalisation concerne la convergence des coûts entre les ETS publics et privés et le regroupement des activités se veut le reflet de l'industrialisation. Les vrais « patrons » sont les ARS, détenant les financements, elles-mêmes appliquant sur le plan régional une politique nationale dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée.

Les ETS doivent plus que jamais accompagner les contraintes provoquées par le travail, entraînant l'émergence des RPS.

Le repérage des situations potentiellement stressantes pour les CS, constitue un outil d'anticipation et de propositions dans le cadre de la prévention des RPS. L'étude de ces situations a l'avantage de mettre en exergue les interactions entre les acteurs et donc de ne pas considérer que les problématiques propres aux CS, tout en restant attachée à une vision empirique. Le stress au travail est un phénomène qui prend de l'ampleur, touchant tous les secteurs et toutes les catégories professionnelles.

En résumé, l'analyse du stress à travers le diagnostic des situations professionnelles des CS permet d'établir le constat suivant : La concurrence et le souci de la performance nuisent à la qualité des conditions de travail et touchent en particulier les CS, au cœur des organisations, car ces dernières sont de plus en plus soumises à des contraintes répétitives et des changements, créant de l'insécurité. Variables quant à leur nature et pouvant intégrer une typologie en 6 classes minimum dans le cadre de notre étude, les situations de stress des CS sont soumises à des variables individuelles et contextuelles. Liées à des tensions économiques, sociétales et environnementales véhiculées à travers le management des ETS, les situations stressantes ont pourtant vocation à s'aggraver dans le contexte socioéconomique actuel. Bien que n'étant pas abordée au cours de l'enquête, la question de la rémunération est aussi un facteur à ne pas négliger et reste très important dans la satisfaction au travail. Dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers en 2009, Mme De SINGLY préconise de renforcer la reconnaissance statutaires et financière des cadres, ce qui va effectivement se mettre en œuvre dès 2012.

Forte de ce constat tout en s'inspirant des expériences et des pratiques émergentes au sein des deux CH, le DS peut envisager des pistes d'amélioration afin de mieux prévenir les situations stressantes des CS.

3 Les préconisations du Directeur des soins dans la prévention des situations de stress des cadres de santé

La prévention des situations stressantes doit s'inscrire concrètement dans la politique managériale du DS au sein de l'ETS. Les CS sont très exposés pour les raisons évoquées précédemment et confirmées par l'étude de terrain. Le DS doit s'emparer de cette problématique du stress car elle impacte à tous les niveaux les processus de fonctionnement et peut se révéler délétère dans la prise en charge des patients. De plus, elle interroge la qualité du management et la conformité des organisations. Les recommandations s'inspirent des résultats de l'enquête. Elles s'articulent autour des situations stressantes rencontrées, tentant de réduire l'impact des facteurs et des mécanismes identifiés lors des entretiens. Les préconisations sont au nombre de douze et peuvent être regroupées selon quatre axes. Ces derniers concernent la maîtrise des organisations, le renforcement de l'autonomie, la communication, le soutien et l'accompagnement des CS.

3.1 Axe politique et organisationnel : maîtriser les situations de stress et adapter les organisations de travail

Les préconisations suivantes s'inscrivent dans le cadre institutionnel. Elles permettent de structurer la politique de prévention des situations stressantes des CS et du stress des professionnels d'une manière plus générale.

Préconisation n°1 : Promouvoir l'inscription de la prévention des situations stressantes dans les priorités de la politique de l'ETS.

Plusieurs étapes sont nécessaires :

1. S'appuyer sur le diagnostic stratégique externe et interne réalisé dans l'ETS : En effet, il est indispensable d'avoir les éléments positionnant la structure de santé dans son territoire, en fonction du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) et du projet médical qui en résultent. Les restructurations, les réductions d'effectifs, le développement de nouvelles activités sont autant de contraintes qui nourrissent une réflexion sur les situations de stress pouvant émerger chez les CS, puisqu'ils sont au cœur de ces changements. Les résultats de l'étude font état d'une différence des situations stressantes vécues dans les deux CH, en lien avec la « santé financière » de l'ETS et son environnement concurrentiel.

2. Construire des tableaux de bord à l'aide d'indicateurs pertinents servant « d'éléments sentinelles » : le choix des indicateurs dépend des problématiques ciblées mais certains paraissent incontournables. Il s'agit d'indicateurs traditionnels d'activité, tels que le taux d'occupation des lits (TO), la DMS, le nombre de journées d'hospitalisation ou de passages aux urgences. Les indicateurs de moyens seront ciblés sur les ressources humaines disponibles au sein des services, avec des ratios par catégories professionnelles et lits moyens occupés, le suivi des congés maternité, les écarts non compensés. Ces tableaux de bord mensuels doivent permettre une traduction rapide des situations difficiles qui peuvent se poser au CS, en termes de gestion de lits ou de gestion des effectifs. Bien d'autres peuvent se révéler utiles pour percevoir une dégradation des conditions de travail dans les services. Par exemple, la durée de prise en charge des patients est un indicateur sensible aux urgences, le nombre de projets impactant un service pourrait en être un autre. En revanche, il n'est pas forcément utile de retenir le suivi de l'absentéisme chez les CS car dans l'enquête menée dans les deux CH, cela ne semble pas révélateur de situations de stress. Ces tableaux de bord restent à construire en fonction de la pertinence de l'information recherchée. La production d'indicateurs spécifiques est souhaitable pour être plus précis dans la démarche (par exemple turn-over des CS, cotation d'un niveau de tension dans les services, etc....).
3. Faire le point régulièrement avec les CS sur les situations qu'ils jugent stressantes, soit au cours de réunions d'encadrement, soit au cours d'entretiens individuels avec le DS. Il s'agit pour ce dernier, en lien avec le cadre de pôle (CP), d'être à l'écoute afin d'anticiper la dégradation d'une situation possiblement dysfonctionnelle.

La confrontation des éléments recueillis permet d'identifier les situations professionnelles stressantes *a priori*, chez les CS afin de mettre en œuvre une démarche préventive. La construction de tableaux de bord a plusieurs intérêts pour le DS : l'apport d'éléments éclairants permettant de faire du benchmarking, la conservation d'une traçabilité dans le rapport d'activité annuel ; l'inscription dans une démarche stimulée par la HAS en termes d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Préconisation n°2 : Détecter les types de situations stressantes pouvant émerger, afin de proposer des plans de prévention, dans le cadre d'une démarche qualité d'amélioration des conditions de travail et de bien-être au travail.

Agrément Canada⁶⁵, organisme d'accréditation du même pays, intègre le milieu du travail dans ses pratiques organisationnelles requises (POR) car ce dernier doit être propice au développement d'une culture sécuritaire des soins et des services. Il fait ainsi le lien entre qualité de vie au travail et sécurité du patient. La HAS, quant à elle, retient deux critères dans sa dernière version pour la certification des ETS. Il s'agit du critère 3c, santé et sécurité au travail, et 3d, qualité de vie au travail. De même, deux pratiques exigibles prioritaires sont centrées sur la fonction de gestion des risques et la gestion des événements indésirables⁶⁶. Ces derniers sont une mine d'informations précieuses pour repérer les situations stressantes de conflits relationnels, de difficultés dans la gestion des lits et de l'absentéisme.

L'incitation de la HAS à promouvoir le bien être des professionnels va s'accroître, notamment dans le cadre du développement d'indicateurs sur des thèmes portés entre autres par le projet CLARTE, évoqué précédemment. L'intérêt des ETS est donc de s'engager dès à présent et d'être à l'initiative de leurs propres améliorations dans des domaines novateurs. L'approche du bien être au travail sous l'angle de la prévention des situations de stress des CS en est un et peut s'intégrer dans une démarche de gestion des risques *a priori*. En effet, cette dernière est axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue de ces situations particulièrement stressantes et révélatrices de dysfonctionnement. L'intérêt de cette démarche est de travailler sur les processus avec les CS afin d'intégrer leur vision du terrain et de rester pragmatique. Comme nous l'avons vu précédemment, la notion de situation s'inspire de l'expérience et replace ainsi le manager au cœur de la maîtrise de l'action.

Préconisation n°3 : Elaborer avec tous les acteurs professionnels concernés, une cartographie des processus pour chaque situation potentiellement stressante identifiée.

Dans ce cadre, le modèle systémique de REASON, méthode de structuration des systèmes de gestion des risques, semble adapté à cette démarche de prévention des situations stressantes. Ces dernières étant complexes, il s'agit d'utiliser des outils pratiques et compris par tous. Le modèle de REASON⁶⁷ est basé sur l'analyse des

⁶⁵ <http://www.accreditation.ca/a-propos/> : site consulté le 29/07/2011.

⁶⁶ Critères 8.b et 8.f du manuel de certification des établissements de santé, version 2010 de la HAS.

⁶⁷ Le modèle de REASON, proposé par James REASON, Professeur en psychologie, est une tentative d'explication et de prévention des accidents dont les causes sont rarement uniques. Son modèle est aussi appelé « swiss cheese model » : site consulté le 01/10/2011 et disponible sur Internet : <http://www.hardhitech.com/documentation/le-modele-de-reason-ou-le-principe-du-gruyere/>

causes profondes et est constitué d'une série de systèmes successifs constituant des barrières, mais dont les failles combinées peuvent amener à la constitution des situations stressantes, puisqu'il s'agit de se positionner sur l'objet de l'étude. En l'occurrence, il est opportun de retenir les barrières de sécurité suivantes et de s'interroger sur leur niveau d'implication dans la survenue des situations stressantes chez les CS : le contexte institutionnel (politique de l'ETS), le management, l'organisation, les conditions de travail, les CS. Pour chaque situation à risque repérée, chaque niveau doit être interrogé afin de déterminer les causes latentes pouvant générer les situations identifiées.

Si nous prenons l'exemple des situations de conflits dans le CH2, les causes proviennent du déséquilibre du budget de l'ETS qui a impacté ensuite l'ensemble des différents niveaux. Les contraintes financières ont amené le non remplacement de certains postes dont un poste de CS en secteur de radiologie. Cette décision a conduit à des dysfonctionnements, créant une situation conflictuelle grave et entraînant l'intervention d'un médiateur. L'étude préalable des conséquences de cette décision, selon le schéma de REASON, aurait permis de mesurer les impacts possibles et d'apporter des mesures préventives en termes d'accompagnement, de clarification de procédures, de réorganisations, associant le CS dans la démarche.

En ce qui concerne la surcharge d'activité du CH1 et notamment la situation stressante récurrente de gestion des lits, l'équilibre financier de l'ETS ne saurait être le résultat d'un management sous tension. En effet, la prévention de ces situations passe par une réflexion sur le parcours patient ainsi que la mutualisation des lits au sein des pôles. Mais d'autres réflexions peuvent être menées. Dans un CH des Yvelines, un projet est en cours de réalisation sur les services de chirurgie, pour améliorer la fluidité du circuit du patient. Il s'agit d'accueillir les patients dans des secteurs en fonction de leur durée de séjour et non plus en fonction de la spécialité chirurgicale dont ils répondent. Au CH de Martigues, la création d'un « salon de sortie », grâce à un projet mené avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), a permis d'optimiser l'occupation des lits⁶⁸. Le « bed management » est un sujet stratégique qui doit faire l'objet d'une réflexion approfondie sur le plan organisationnel, afin de trouver des pistes pour l'amélioration des conditions de travail des CS et par conséquent pour une meilleure prise en charge du patient.

Toutes les situations stressantes, identifiées au cours de l'enquête, peuvent ainsi faire l'objet de mesures préventives, dans une démarche de gestion des risques. D'autres méthodes peuvent enrichir la démarche comme l'analyse des modes de défaillance, de

⁶⁸Disponible sur Internet, consulté le 06/10/2011, sur le site : http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20110920_un_salon_de_sortie_pour_optimiser_l_occupation_des_lits

leurs effets et de leur criticité (AMDEC). En effet, la répétitivité et l'imprévisibilité sont autant de mécanismes aggravant qui méritent une cotation de criticité en fonction du type de situations répertoriées.

Préconisation n°4 : Mettre en place un comité de retour d'expérience (CREx) sur les situations professionnelles stressantes des CS.

Ce groupe doit être institutionnel et pérenne. Il peut être piloté par le DS en lien avec le DRH. Les participants sont constitués du président de la commission médicale d'établissement (CME), du médecin du travail, du directeur qualité, du responsable de la gestion des risques et de deux représentants du CHSCT. Les invités sont sollicités en fonction des problématiques rencontrées (CS, CP, psychologue du travail, partenaires sociaux...). La fonction de ce groupe est d'examiner l'ensemble des questions inhérentes aux situations professionnelles stressantes soulevées par les CS afin d'adopter des stratégies d'amélioration et de simplification des processus. L'articulation avec le service de la médecine du travail, le président de la CME et la direction qualité permet à la DS et au DRH d'obtenir un avis éclairé de l'ensemble des acteurs concernés, afin de prendre des décisions consensuelles, portées par les différents professionnels. La place du président de la CME est particulièrement importante dans ce groupe, en tant que vice président du Directoire, mais surtout en tant que président d'une instance dont la loi HPST a élargi les missions. Car la CME « contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »⁶⁹ et s'inscrit dans l'ensemble des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Faire le lien avec la communauté médicale par l'intermédiaire du CREx sur les situations professionnelles stressantes des CS est essentiel car ces dernières se situent aussi sur le terrain médical et rejoignent les situations des médecins, de plus en plus soumis à des tensions identiques.

Le rôle du service de santé au travail est tout aussi important sur ce thème, car ce dernier tient une place centrale en ce qui concerne le repérage et la prévention des RPS. Enfin la place donnée au CHSCT est la garantie du respect des missions de cette instance dans la prévention des RPS.

S'inspirant du comité des EI⁷⁰ mis en place dans le CH2, le CREx peut s'ériger en véritable observatoire du stress. Il est ainsi amené à évoluer autour de ses missions et à les élargir à l'ensemble des professionnels. La présente étude donne la priorité aux CS, parce qu'ils sont au cœur des systèmes de gestion, porteurs des changements et particulièrement exposés. Le travail sur les situations stressantes met en interaction de

⁶⁹ Article R 6144-2 du décret 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

⁷⁰ La gestion des EI s'intègre dans une politique globale de gestion des risques associés aux soins de l'établissement. C'est le critère 8f de la HAS. Site consulté le 01/10/2011 et disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023366/critere-8f-la-gestion-des-evenements-indesirables

nombreux acteurs et le dispositif concerne, in facto, l'ensemble des professionnels concernés par les situations décrites par les CS.

3.2 Axe renforcement de l'autonomie d'action des cadres de santé : réduire le sentiment de dispersion pour redonner du sens

Les préconisations suivantes s'attachent à redonner aux CS une meilleure maîtrise de leur environnement et par voie de conséquence de leur stress professionnel.

Préconisation n°5 : Faire du pôle un espace de développement du collectif cadre et de régulation des situations de stress.

La mise en place des pôles en 2007⁷¹, a été un grand bouleversement de la géométrie de l'hôpital, mais aussi des lignes hiérarchiques, notamment pour les cadres de santé. Dans certains établissements, comme le CH1 concerné par l'étude, les CS étaient en relation directe avec la direction des soins, puisqu'il n'y avait pas de cadre supérieur de santé (CSS) avant l'instauration des pôles. L'introduction d'une nouvelle ligne hiérarchique avec les CP, s'est souvent faite au détriment des CS qui ont été les grands oubliés, aussi bien en termes de management que de formations. Au début dans cet ETS, les CS ont très mal vécu ce qu'ils ont considéré comme une limitation de leur autonomie avec un niveau hiérarchique supplémentaire.

Après un recul de quatre ans, les choses ont évolué. L'acculturation des professionnels à ces nouveaux modes de gouvernance se met en place progressivement et les positionnements se règlent au fur et à mesure des expériences et du temps. Le pôle constitue une nouvelle entité qui redimensionne la configuration de l'espace du soin et ouvre de nouvelles perspectives de parcours professionnels. C'est aussi un espace où le collectif doit retrouver sa place pour faire face à la montée des individualités. Au cours des entretiens, les CS ont exprimé leurs attentes et leurs espoirs d'une régulation des situations difficiles par le biais de cette organisation polaire, notamment en ce qui concerne la gestion des effectifs et des lits, mais aussi dans une dynamique de reconnaissance. Le CP est pour eux un relais auprès de la direction de l'ETS, sur lequel ils souhaitent s'appuyer.

Le rapport de l'IGAS, paru en 2010 sur le bilan de l'organisation des pôles, considère qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir mais qu'un retour en arrière n'est pas envisageable. Ce rapport met l'accent, dans ses recommandations, sur la dynamique et la cohésion de groupe que doivent maintenir les pôles au sein d'espaces d'information et d'expression collective. La prévention du stress professionnel passe par la restauration

⁷¹ Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des Etablissements de Santé.

d'une capacité d'élaboration de l'action, ce qui suppose l'existence d'un espace social que le pôle peut créer.

Le rapport préconise aussi de veiller au respect des grands équilibres des ETS et de rester vigilant sur la cohésion de l'institution⁷². La stratégie du DS doit à la fois favoriser cette identité polaire tout en veillant à éviter la constitution de nouvelles forteresses. Son management doit se révéler subtil afin de s'adapter au contexte et de développer l'inter polarité. Pour exemple, dans le CH1, la direction des soins gère l'ensemble des remplacements, et les recrutements sont effectués par un CP pour l'ensemble des pôles, car chacun d'eux est chargé, au minimum, d'une mission transversale. Lors de congés, ils se remplacent selon une organisation prédéfinie et leurs bureaux sont regroupés sur un même secteur géographique. Dans le CH2, l'équipe de suppléance est répartie sur les pôles, le DS assure les recrutements et détermine les priorités. Chaque CP possède son bureau au sein de son pôle et de nombreuses réunions sont organisées entre CP et DS pour faire le point sur les effectifs. Ainsi, les délégations de gestion sont différentes d'un ETS à l'autre et le DS ajuste sa stratégie en fonction du contexte.

La gestion des situations stressantes vécues par les CS nécessite que le DS soit facilitateur auprès des CP, notamment pour stimuler la cohésion, autour de réunions formalisées dans le cadre de la déclinaison du projet de soins ou de projet de recherche en inter pôles. Sans qu'il y ait véritablement de modèle idéal, la transversalité des CP doit être de mise et semble essentielle à une bonne régulation polaire.

Le pôle doit rester le premier niveau d'attention en matière de repérage des situations génératrices de stress des CS, grâce au CP et/ou au chef de pôle, avec un relais auprès du DS, qui prendra la décision de les porter en CREx si nécessaire. Le rôle du DS dans la régulation des pôles est donc essentiel. Il doit ajuster sa stratégie pour être à la recherche du meilleur équilibre concernant un management équitable et solidaire. Il doit porter, par ailleurs, cette dimension de la transversalité qui est un atout majeur pour la réussite des projets. En effet, l'émergence d'une culture polaire doit s'inscrire dans un processus de coopération entre les pôles.

Préconisation n°6 : Renforcer la place des CS dans le processus décisionnel, notamment par un management par projet.

Lors de l'enquête, les situations de stress en lien avec les projets non aboutis, les conflits de valeurs et la non reconnaissance, font écho au rapport de Chantal de Singly sur l'invisibilité du travail des CS et leur « retrecotage »⁷³ pour redonner du sens à l'action sur le terrain. Le développement du management par projet est un enjeu fort pour les

⁷² TERCERIE O., VALLET G., ZEGGAR H., fév. 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, pp 28-40.

⁷³ De SINGLY C., op. cit., pp. 29 à 31.

dirigeants des ETS. En effet, les changements ne peuvent se faire sans ou contre les CS. Leur donner la parole dans le cadre des projets devient une clé de réussite.

Le DS doit alors se servir du projet comme outil de management transversal, permettant de faire collaborer les professionnels de métiers différents. Ces derniers interviennent pour apporter leurs compétences dans un cadre d'inter disciplinarité ce qui est essentiel au décroisement. Ce management présente des intérêts multiples :

1. La démarche interprofessionnelle permet d'améliorer les rapports sociaux, de réduire ou d'éviter les situations de conflits relationnels dues à des incompréhensions ou à un manque de communication. Le CH2 a été contraint de faire appel à un médiateur externe pour régler des conflits relationnels et de mettre en place un groupe « respect au travail ». Or, les situations de conflits relationnels sont repérées par les CS comme extrêmement stressantes et iront en augmentant d'après les médecins et psychologues des services de santé au travail des CH enquêtés. Il est donc urgent de reconstruire un collectif multidisciplinaire dans une démarche projet, de rompre avec une vision trop pyramidale pour aller vers un management plus horizontal.
2. L'intégration des CS dans les processus décisionnels permet de garder une vision pragmatique, d'aller à l'essentiel car le lien entre le terrain et les dirigeants est d'autant plus important que la complexité des systèmes s'intensifie. Cette articulation doit faire l'objet d'une attention toute particulière si l'on veut saisir l'entière de l'impact des changements sur les conditions de travail. Recréer ces liens, offre au CS une vision moins fragmentée de son travail et permet aux dirigeants d'éviter l'écueil de s'écarter du réel, en prenant des décisions inadaptées. L'ancrage dans la réalité est, pour un dirigeant, la clé ultime du succès car « si une forte intuition se combine à un mauvais rapport au réel, c'est la catastrophe assurée »⁷⁴.
3. L'appropriation du sens des projets par les CS est corrélée à leur association bien en amont de la mise en œuvre des changements. D'ailleurs, l'IGAS dans le rapport cité précédemment, recommande de les associer dans la réflexion stratégique notamment en ce qui concerne la révision des découpages des pôles. Ceci est d'autant plus important que l'éloignement entre la vision à long terme et celle à court terme sur le terrain est source de conflits de valeurs, de perte de sens. Il est difficile d'accompagner des projets lorsqu'on ne les comprend pas. La permanence du changement, identifié comme source de situations stressantes,

⁷⁴ KERJEAN A., 2002, *Le manager leader : forgez votre caractère à l'école de l'expérience*, Paris, Edition d'organisation, p. 158.

demande aux CS une grande adaptabilité, qui sera fonction de leur niveau d'intégration dans les projets.

4. L'accélération du temps, repérée comme autre source de stress, est un véritable défi à relever dans le monde du travail. Parce que tout s'accélère, il faut prendre le temps de guider, d'accompagner les projets. Cette mise à distance nécessaire pour appréhender la réalité du travail doit s'effectuer dans le cadre de projets, favorisant la réflexion, la maturation et l'appropriation. Cette distanciation⁷⁵, concept sociologique, permet une « prise de hauteur » pour un meilleur contrôle de son environnement de travail et est essentielle à l'exercice des fonctions managériales.
5. Enfin, il ne faut pas perdre de vue le tout premier objectif de la mise en place des pôles. La délégation de gestion, fer de lance de cette révolution managériale, doit donner le pouvoir de prendre des décisions aussi près que possible du point d'exécution. Le DS aura à cœur de créer de l'autonomie, des initiatives, de la créativité, en inscrivant les CS dans une dynamique de projet.

Préconisation n°7 : Renforcer la politique de formation sur la gestion des situations stressantes du manager.

La formation des CS à ce sujet paraît indispensable et doit être une priorité de l'institution. Les situations stressantes étant inhérentes à la fonction de cadre et allant en s'accroissant, il est nécessaire de préparer les CS à assurer pleinement les missions qu'on leur confie. Plusieurs possibilités peuvent être envisagées :

- Des sessions de formations sur les situations de stress sont organisées dans le cadre du plan de formation et deviennent un objectif institutionnel, s'adressant à l'ensemble des CS ;
- La semaine de l'encadrement est organisée autour de cette problématique concernant les situations stressantes, intégrant d'une manière globale l'ensemble de l'encadrement ;
- Cela peut être un axe spécifique de formation prioritaire au niveau d'un pôle.

Quelques soient les modalités, ces formations doivent permettre aux CS de mieux vivre les situations typiques de stress, d'en réduire les facteurs, de mieux manager en évitant la répercussion du stress sur les équipes, d'éviter la déperdition d'énergie, et in fine, d'être plus productifs au sein d'une meilleure qualité de prise en charge du patient.

⁷⁵ ELIAS N., 1993, *Engagement et distanciation*, Paris, Arthème Fayard, pp.75-77.

Le DS doit porter cette dynamique de formation sur la gestion des situations de stress, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC)⁷⁶, avec le DH et l'équipe de direction. Des pratiques émergent en ce sens, par exemple au niveau du CH2 qui a organisé la semaine de l'encadrement autour d'un séminaire intitulé « Prendre du plaisir à manager », ainsi qu'une conférence sur la gestion des situations de conflits. Mais les formations peuvent aussi être ciblées pour renforcer les compétences des CS ou les adapter en fonction des besoins et des situations repérées.

Ces mesures permettent de redonner du sens, autour d'un partage d'expériences et de connaissances et facilitent la cohésion de groupe.

Au-delà de ces différents aspects, la formation des CS en matière de gestion des équipes et de la santé au travail, paraît essentielle. Il semble très pertinent d'intégrer la question des RPS et notamment du stress, dans les référentiels de formation initiale et continue des écoles de managers. La Commission des affaires sociales, dans son compte-rendu sur les RPS de mai 2011, suggère d'organiser « la labellisation des écoles qui mettraient en place un module de formation sur la santé au travail et la gestion des équipes »⁷⁷.

3.3 Axe relation, communication : mieux se connaître pour être reconnu et lutter contre les situations de conflits

Les préconisations suivantes visent à améliorer les relations afin de réduire les situations de conflits, à travers le respect et la reconnaissance du travail de l'autre.

Préconisation n°8 : Intégrer la sphère médicale dans l'ensemble des processus, pour une approche consensuelle et une meilleure communication avec les CS.

Cette enquête a révélé le malaise grandissant des médecins, au sein des deux CH, parallèlement à ceux des CS. Les tensions entre ces deux populations s'expliquent par leurs missions respectives. Pour les uns, il s'agit de produire l'activité et pour les autres d'organiser les moyens pour la réaliser. Les points d'achoppement concernent souvent le décalage entre les uns et les autres avec une croissance de l'activité, parallèle à un affaiblissement des moyens attribués. La réflexion sur les organisations apporte des réponses qui prennent souvent du retard par rapport à la rapidité des évolutions, rappelant la dyschronie décrite par N. ALTER. Or aujourd'hui, avec la réforme du financement des ETS et la T2A, les recettes des hôpitaux sont issues des produits de l'activité.

⁷⁶ La loi HPST définit le DPC dans son article 59 : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

⁷⁷ COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, 25 mai 2011, *Compte rendu sur les RPS au travail*, n°45, p.3.

Restreindre l'activité lorsque les moyens baissent, entraîne à coup sûr l'hôpital dans une spirale déficitaire. Poursuivre l'activité alors que les moyens sont inadaptés fait courir des risques en termes de sécurité pour le patient mais aussi pour l'ensemble des professionnels qui peuvent commettre des fautes. Ces dialogiques, ou contradictions évoquées par Edgar MORIN⁷⁸, rappellent que la gestion du paradoxe est aujourd'hui incontournable de la complexité des organisations. C'est pourquoi l'attention doit se porter sur la cohésion du groupe et le « travailler ensemble ». Le DS doit veiller à l'association quasi permanente de la sphère médicale dans les groupes de travail au sein des pôles, touchant toutes les problématiques de terrain, en lien avec les CS.

Renforcer les moments de communication, de réflexion ainsi qu'une meilleure connaissance du travail de l'autre, ne peut que favoriser l'ouverture et la compréhension des difficultés de chacun. De même, il est indiscutable que le chef de pôle soit associé au recrutement et à l'évaluation des cadres de son pôle, en collaboration avec le DS. Dans le CH2, ce management entre DS et chef de pôle est en train de se développer. Les CS en voie de recrutement sont reçus en entretien individuel par le DS, le chef de pôle et le CP. Une fois l'ensemble des candidatures étudiées, une réunion tripartite est organisée pour valider un choix consensuel du candidat.

Préconisation n°9 : Renforcer le dialogue social

L'association des partenaires sociaux concernant les situations de stress est une plus-value dans le vaste chantier que représente l'amélioration des conditions et des organisations de travail. Elle est incontournable d'une bonne régulation sociale de l'ETS. Les pouvoirs publics ont souhaité renforcer le pouvoir des organisations syndicales par des dispositions récentes prises dans la loi du 5 juillet 2010⁷⁹. Cette dernière consacre le développement de la négociation sur tous les thèmes concernant la vie professionnelle et sociale de l'agent ouvrant ainsi un vaste champ d'intervention des partenaires sociaux. De plus, les CHSCT sont régulièrement dotés de pouvoirs nouveaux et peuvent proposer des évolutions de nature à améliorer la santé physique et mentale des salariés ainsi que leur sécurité au travail⁸⁰.

Il est vrai que les partenaires sociaux représentent un contre-pouvoir plus ou moins important en fonction des ETS, comme c'est le cas au CH1 où ils sont peu revendicatifs. Le DS se doit de les associer à la réflexion concernant les situations stressantes chez les CS, soit lors de CHSCT, soit en les invitant dans les CREx ou dans des groupes de travail spécifiques. Cette collaboration devrait permettre d'établir une relation de confiance mais aussi, pour les partenaires sociaux, de mieux appréhender ce

⁷⁸ CROZIER M., SEREYX H., 1995, *Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle*, Maxima Laurent du Mesnil, p. 74.

⁷⁹ Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social.

⁸⁰ Voir page 12.

phénomène qui touche les équipes soignantes. Cette vision globale est nécessaire car elle leur permet d'aborder les problématiques au-delà des clivages entre les catégories professionnelles et d'engager un dialogue avec le DS sur des bases communes. Le CHSCT est le lieu privilégié pour instaurer le dialogue social sur les conditions de travail et évaluer les RPS dans le cadre du DUERP.

Ce point est d'autant plus important qu'il n'est pas rare que les juges soient saisis pour instruire certains dossiers concernant le manque de concertation avec les organisations syndicales. C'est le cas récemment du tribunal de grande instance (TGI) d'Angoulême qui a rendu une décision favorable au CHCST pour mener une expertise concernant les incidences du plan de retour à l'équilibre dans le CH de cette ville. Ce plan, prévoyant d'instaurer un meilleur taux de rentabilité par une augmentation des séjours et une diminution de la DMS, est de nature à modifier les conditions de travail, voire à générer des situations stressantes. Le TGI rappelle le CH à l'ordre quant à la consultation du CHSCT pour toutes décisions modifiant les conditions de travail et la sécurité des agents⁸¹.

3.4 Axe soutien psychologique et accompagnement : réduire l'insécurité pour reconstruire la confiance

Les préconisations suivantes ont pour objectifs de restaurer un sentiment de sécurité à travers des valeurs clés, de soutenir les CS dès leur recrutement et tout au long de leur parcours.

Préconisation n°10 : Remplacer le compagnonnage au cœur des valeurs managériales.

Inscrit au patrimoine immatériel de l'UNESCO, le compagnonnage est d'abord une tradition française de transmission des savoir-faire⁸². Ce concept de compagnonnage est issu des professions d'artisans et de bâtisseurs qui forment des corps de métiers très soudés, dotés de règles morales et de rites. Il constitue un système de transmission des connaissances par l'apprentissage et la formation tout au long de la vie, s'adaptant sans cesse aux évolutions des environnements sociaux. La culture de l'identité des métiers est au cœur du système qui se fonde sur les valeurs communes que sont la fraternité, la solidarité, l'équité, le goût de l'effort (persévérance et défi) et la générosité. Le compagnonnage mérite de retrouver ses lettres de noblesse dans le domaine hospitalier. D'ailleurs, dans le cadre de la réforme « LMD » des études en soins infirmiers,

⁸¹ Hospimédia, espace abonné, mercredi 3 août 2011, « le TGI d'Angoulême donne raison aux CHSCT ».

⁸² <http://www.compagnons-du-devoir.com/>, consulté le 2 août 2011.

l'accompagnement par les pairs avec le tutorat est remis en première ligne⁸³. Dans ce contexte, le DS doit mener une réflexion sur la conception de son management :

1. Le médecin de travail du CH2 soulignait lors de l'entretien, le manque de solidarité entre les CS lorsque l'un d'eux était en difficulté vis-à-vis de la direction. D'une manière générale, il semble que le métier de CS ne soit pas assez porteur d'identité pour assurer une solidarité et une cohésion de corps. Or, sans pour autant aller vers un corporatisme, le développement d'un sentiment communautaire est indispensable à la structuration d'une identité de métier. Il n'y a d'ailleurs pas d'antinomie entre esprit de corps et intérêt institutionnel. En effet, l'unité favorise la richesse d'un groupe et peut mieux servir l'intérêt commun. De plus, le manque de reconnaissance souvent vécu par les CS, peut trouver une réponse à travers cette construction d'un collectif et d'une identité forte car pour être reconnu, il faut être reconnaissable. Comme nous avons pu le voir précédemment, les pôles peuvent tout à fait favoriser la construction d'un collectif cadre, faciliter par le DS qui s'assurera de l'équilibre des relations en transversal. Ainsi, le DS du CH1 a favorisé la création d'un espace cadres pour répondre à un besoin de reconstruction d'un collectif inter pôles.
2. L'accueil des CS et leur accompagnement dans leur prise de poste est un autre point essentiel. En effet, comme le montre l'étude, un CS jeune diplômé a vécu une situation de stress de type « conflit relationnel », dans un contexte de non remplacement lors du départ de son collègue cadre. Le milieu de travail doit permettre de donner les compétences nécessaires et la confiance indispensable à la réussite des objectifs. Le DS doit mettre en place les procédures d'accompagnement et de suivi des CS lors de leur arrivée, en fonction de leur ancienneté et des situations de terrain. Le nouveau cadre doit pouvoir bénéficier d'un tutorat de type « coaching » conduit par le CP, lors des premiers mois de sa prise de fonction, comme le stipule la dixième recommandation du rapport de l'IGAS sur la formation des cadres hospitaliers⁸⁴.
3. La mobilité au sein des parcours professionnels est aussi prônée, comme valeur d'ouverture, d'enrichissement au travail et de complémentarité. Pour les CS, cette mobilité paraît judicieuse pour plusieurs raisons :

⁸³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁸⁴ YAHIEL M., MOUNIER C., novembre 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, IGAS, pp 26.à 28.

- En premier lieu, la mobilité permet une expérience humaine et professionnelle considérable, facilitant l'ouverture d'esprit et l'apprentissage de l'adaptabilité ;
- Ensuite, elle évite l'usure due à la répétitivité de certaines situations stressantes vécues dans les services (surcharge de travail, imprévisibilité etc...) ;
- La mobilité permet aussi de mieux maîtriser les arcanes du métier, ce qui est un gage de respectabilité ;
- La onzième recommandation du rapport de l'IGAS, cité auparavant, concerne une alternance régulière entre fonction de cadre formateur et de cadre de terrain. La mobilité peut aussi se penser au sein d'un pôle ou bien en inter pôles ;
- Enfin, de manière informelle, les CS interrogés admettent tous avoir envie de changer de service. Il vaut donc mieux construire cette mobilité plutôt que de la subir, ce qui contribue à fidéliser les CS au sein de l'institution.

Le compagnonnage peut se révéler être une philosophie au service du management, dans le monde hospitalier, en développant l'esprit du métier, la fidélité à l'institution et la persévérance.

Préconisation n°11a : Accompagner les CS lors des décisions difficiles à annoncer au niveau des équipes.

Toujours dans le même esprit du compagnonnage, le DS doit privilégier l'accompagnement des CS pour toutes situations jugées difficiles auprès des équipes. Cet accompagnement se fait en lien avec le CP et peut revêtir plusieurs formes. Il peut s'agir d'entretiens préalables afin d'adopter la meilleure stratégie de communication auprès des soignants. Il peut y avoir la nécessité de mettre en place des groupes de travail ou bien la demande d'intervention directe du DS peut s'avérer nécessaire. De même, lorsque les décisions difficiles à annoncer sont individuelles (arrêt d'un contrat à durée déterminée, refus de prise en charge dans le cadre de l'admission d'un concours etc...), il faut que le DS montre sa disponibilité pour prendre le relai si nécessaire. Les CS, aux cours des entretiens, ont fait part de leurs attentes envers le DS. Ces dernières concernent essentiellement l'écoute, la disponibilité, l'appui du DS, ainsi que son éclairage sur les décisions prises par la direction, grâce à sa vision stratégique. Les CS demandent aussi une meilleure compréhension de leurs difficultés et que le DS vienne à la rencontre des équipes. Dans le cadre d'un management respectueux du domaine d'activités et de l'autonomie de chacun, il est donc important que le DS puisse soutenir et valoriser les CS.

Préconisation n°11b : Partager les contraintes pour mieux les vivre ensemble et les comprendre, dans le respect de l'équité.

Aujourd'hui, on ne peut plus travailler seul. Il faut avancer ensemble dans un univers professionnel difficile et complexe. Le partage des contraintes est un garde fou contre les individualités. Il permet de stimuler la solidarité et de préserver l'équité. Le sentiment d'injustice n'est pas évoqué comme tel dans les entretiens des CS mais il se décode à travers les situations stressantes vécues. Ces dernières révèlent des inégalités en termes d'intensité et de répétitivité. Le DS doit être extrêmement prudent dans la répartition équilibrée des ressources. Ses décisions managériales doivent prendre en compte cette dimension d'un partage équitable. A travers la mise en place de coopérations, la création d'espace social pour échanger sur les problèmes, et au sein d'une permanence d'encadrement partagée, le poids des contraintes des CS devrait s'alléger et ce sera en faveur du retour au plaisir à travailler.

Préconisation n°12 : Faire de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), un outil de prévention des situations professionnelles de stress chez les CS.

Il ne faut pas oublier que le stress est aussi une histoire de personne, avec des variables individuelles très importantes, comme nous avons pu le voir au début de ce travail. La recherche par le DS de la meilleure adéquation entre le candidat et les compétences attendues, est une priorité. Pour prendre l'exemple du CH1, le recrutement des CS passe par une présélection très poussée avec des tests de personnalité, une analyse graphologique et un entretien avec le psychologue, avant qu'une décision finale soit prise conjointement par le DS et le DH. Alors que pour le CH2 nous avons déjà évoqué le choix du candidat cadre par une procédure de recrutement tripartite, par le DS, le CP et le chef de pôle. Il n'est pas possible d'avoir une analyse de ces différentes procédures, d'autant plus que celle concernant le CH2 est tout à fait récente.

Cependant, l'implication des pôles dans le recrutement paraît incontournable et fait partie des délégations de gestion concernant les ressources humaines. Le DS doit coordonner une GPMC au niveau des pôles, faisant émerger les nouvelles compétences nécessaires, afin d'établir les profils de poste concordant. La définition précise des compétences attendues, permet de rechercher un profil adapté, voire de proposer les formations complémentaires ainsi qu'un coaching approprié.

La GPMC vise à réduire, de façon anticipée, les écarts entre les besoins et les ressources humaines des ETS, sur le plan des effectifs mais aussi des compétences. Il s'agit d'enjeux considérables car la ressource humaine est la variable économique sur laquelle repose la productivité et l'équilibre budgétaire des ETS. C'est aussi un enjeu fort

dans la restauration de la confiance entre les professionnels et du sentiment de sécurité au travail.

En résumé de ces préconisations, il faut noter l'aspect essentiel de la relation et de la communication. Pour créer du lien social « les managers ne doivent pas craindre de valoriser, remercier ou féliciter leurs équipes...Cela accroît les potentiels »⁸⁵. Le respect, les encouragements sont des éléments importants pour réduire les tensions et suffisent à régler parfois bien des problèmes.

⁸⁵ Le Figaro économie du 17/10/2011, rubrique management emploi : « La politesse, un outil efficace de management ». La seule valeur de respect dissuaderait les salariés de changer de lieu de travail car le leader est celui qui crée un monde auquel les salariés ont envie d'appartenir.

CONCLUSION

La prévention des RPS, à travers les situations de stress chez les cadres de santé, constitue un enjeu managérial fort pour le DS. L'enquête menée dans les deux CH, révèle la nature de ces situations génératrices de stress qui proviennent des effets des fortes contraintes budgétaires, mais aussi d'une détérioration progressive des rapports sociaux dans le cadre d'une accélération et d'une permanence des changements. Certains mécanismes favorisant l'émergence de ces phénomènes, les CS projettent souvent de quitter leur service pour en éviter les conséquences psychosociales. Les situations évoquées sont issues de l'expérience des CS interrogés. Elles sont, de ce fait, liées au terrain d'enquête mais peuvent être transférables car elles illustrent parfaitement un contexte général qui s'applique à l'ensemble du monde hospitalier.

Bien souvent, la démarche des ETS concernant la prévention des RPS s'inscrit *a posteriori*, alors que des faits graves sont avérés, tel un suicide. Il n'est pas nécessaire d'attendre le burn-out des salariés pour agir. Le monde de l'entreprise a été le triste exemple du résultat de la négligence de la souffrance des salariés au travail et notamment des cadres. Alertés par le développement des RPS, les pouvoirs publics se sont alors engagés dans des plans de prévention du stress dont le dernier le PST2, cible comme axes prioritaires, la prévention des RPS et la réforme de la médecine du travail actée par la récente loi du 20 juillet 2011. Le développement du rôle des CHSCT dans ce domaine complète le dispositif.

L'engagement des hôpitaux dans la lutte contre le stress est donc une nécessité pour éviter de répéter les erreurs du passé. Le DS, dans le cadre du projet managérial de l'ETS, doit proposer des pistes de prévention dans la gestion de ces situations à risques et des plans d'actions, dans une démarche structurée et interprofessionnelle. Cette démarche est d'autant plus importante que des décisions de justice n'hésitent plus à retenir la responsabilité des dirigeants, s'orientant progressivement vers une obligation de résultats en matière de gestion des RPS.

Depuis quelques années, les outils du secteur privé envahissent la sphère publique, instaurant un nouveau management, le NMP, dont les règles sont dictées par l'efficience et la productivité. La conception du système de soins est belle et bien ancrée dans une logique économique marchande. La question est de savoir si les décisions en matière d'affectations et de répartitions des ressources peuvent reposer sur l'unique critère d'efficience, alors que l'on rentre dans une demande exponentielle de soins, liée à

une démographie vieillissante. Ce d'autant plus que la qualité et la sécurité des soins requièrent un niveau d'exigence toujours plus élevé, porté par les différentes agences sanitaires, les procédures de conformité, la certification et la judiciarisation du système. L'évolution du monde hospitalier réserve encore beaucoup de zones d'ombre, les dirigeants devant régulièrement adapter leurs pratiques managériales, car les défis à relever sont nombreux et complexes.

Redonner au travail ses lettres de noblesse, faire de l'hôpital un lieu où les CS ont envie d'exercer leurs talents sont des priorités stratégiques du management du DS. Cette philosophie d'un management durable, ancré dans un compagnonnage pour promouvoir les valeurs porteuses d'une régulation des équilibres, doit relancer une dynamique positive et constructive dans les ETS.

Les défis futurs pour le DS seront centrés sur sa capacité à développer l'intelligence de la complexité, à rétablir les articulations, à intégrer la multi dimensionnalité et à briser les sphères closes. Les représentations de chacun évolueront et le DS pourra redonner aux CS leur place de managers capables de transmettre l'envie d'exercer leur métier aux nombreux professionnels qu'ils encadrent. Mieux accompagner les changements tout en préservant la qualité de prise en charge du patient est l'enjeu incontournable de la réussite de la transformation de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE : LOI n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n°0170 du 24 juillet 2011, p 12677.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel de la République Française 0227 du 30 septembre 2010, texte n°35.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE : LOI n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, JORF n°0154 du 6 juillet 2010, p 12224.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé, JORF n°0102 du 2 mai 2010, texte n°27.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier, Journal officiel de la République Française, n°0181 du 7 août 2009, p 13203.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel de la République Française, n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE : LOI 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier, Journal officiel de la République Française du 5 mars 2002, p 4118.

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE : LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Journal officiel de la République Française du 18 janvier 2002, p 1008.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE : Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, portant création d'un document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, Journal officiel de la République Française n°258 du 7 novembre 2001, p 17523.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE : Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, Journal officiel de la République Française n°193 du 20 août 1995, p 12468.
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE : LOI n° 92-1179 du 2 novembre 1992 relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail et modifiant le code du travail et le code de procédure pénale, Journal officiel de la République Française n°257 du 4 novembre 1992, p 15255.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE : LOI n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, Journal officiel de la République Française du 3 janvier 1971, p 67.

OUVRAGES ET CHAPITRES D'OUVRAGE

- ALTER N., 2003, *Mouvement et dyschronies dans les organisations*, PUF, L'année sociologique, vol. 53, n 2, p.489-514, [consulté le 26/07/2011], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2003-2-page-489.htm>
- BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression*, édition La Découverte, Paris, 329 p.
- BERTSCH J., LE SCANFF C., éd. 1995, *Stress et performance*, 1^{ère} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 231 p.
- BRETIN-NAQUET M., 1997, *Cours de psychologie sociale*, Université Paris-Dauphine, 184 p.

- CROZIER M., SERIEYX H., éd. 1994, *Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle*, Maxima Laurent du MESNIL, 142 p.
- ELIAS N., 1993, *Engagement et distanciation*, Paris, Arthème Fayard, 259 p.
- KERJEAN A., 2002, *Le manager leader : forgez votre caractère à l'école de l'expérience !*, Paris, Editions d'organisation, 206 p.
- PIERRU F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, édition du Croquant, coll. Savoir/Agir », 319 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

- ANTOINE S., novembre 2008, Les cadres de santé sont-ils stressés ?, *Soins Cadres* n°68, Dossier savoirs et pratiques, pp.53-55.
- BARTHES R., août 2010, A quoi ressemblera le cadre de demain ?, *Soins Cadres* n°75, pp. 20-23.
- CHOUANIERE D., 2006, Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention, in INRS, *Revue Documents pour le médecin du travail* n°106, Coll. DMT, pp 169-186, disponible sur Internet :
http://www.inrs.fr/htm/stress_risques_psychosociaux_concepts_prevention.html
- HABEREY-KNUESSI V., février 2011, Les cadres une catégorie professionnelle de prédilection pour les phénomènes de stress et de burn out, *Soins Cadres* n°77, pp. 27-30.
- HAUBOLD B., février 2011, Les risques psychosociaux au cœur de la stratégie des organisations, *Soins Cadres* n°77, pp. 18-20.
- JOURNE B., RAULET-CROSET N., 2008, Le concept de situation : contribution à l'analyse et à l'activité managériale dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude, *Management, AIMS*, pp. 27-55.
- MARASCHIN J., janvier 2011, Les risques psychosociaux, *Objectif soins* n°192, pp. 33-35.

- POPIELSKI, J.F., février 2001, Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe ?, *Soins Cadres* n°77, pp. 24-27.
- PRUSKI M., février 2011, Risques psychosociaux et certification V2010 : une combinaison au service de l'humain, *Soins Cadres* n°77, pp. 21-23.

PLANS, RAPPORTS ET ENQUETES

- AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL, *Stress and psychosocial risks*, [consulté le 20 mai 2011], disponible sur Internet :
<http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index.html>
- BERLAND Y, CADET D., HENART L., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers de la santé de niveau intermédiaire*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 57 p., disponible sur Internet :
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux metiers - des pistes pour avancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd'hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)
- BROESSEL N., 2010, *Conditions de travail des cadres de santé de proximité : enquête auprès de 5 hôpitaux du Grand Est*, Paris, ADRHESS, 35 p., disponible sur Internet :
http://www.adrhess.fr/ckfinder/userfiles/documents/Journee_etude_101210/Dr_Broessel_adrhess_2010.pdf
- COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, 25 mai 2011, *Examen du rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur les risques psychosociaux au travail*, Assemblée Nationale, CR n°45, 15 p., disponible sur Internet :
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-soc/10-11/c1011045.asp>
- De SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission Cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 125 p., disponible sur Internet :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

- DREES, août 2004, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 12 p., disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er335.pdf>
- LEGERON P., NASSE Ph., mars 2008, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, remis à BERTRAND Xavier, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, 42p., disponible sur Internet :
http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008.pdf
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Plan de santé au travail 2010-2014*, [consulté le 09/08/2011], disponible sur Internet :
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html>
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2010, *Conditions de travail 2009 : Conseil d'orientation sur les conditions de travail*, [visité le 29/07/2011], 468 p., disponible sur Internet :
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000278/0000.pdf>
- TERCERIE O., VALLET G., ZEGGAR H., fév. 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, 123 p, disponible sur Internet :
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000246/0000.pdf>
- WELLER J.M., Chercheur au CNRS, 25/01/2008, *La sociologie des risques psychosociaux*, ARAST, Actes et colloques, Les RPS au travail, 76 p., disponible sur Internet :
<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2142356.PDF>
- YAHIEL M., MOUNIER C., nov.2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, IGAS, 74 p., disponible sur Internet :
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000037/0000.pdf>

SITES INTERNET

- ACCREDITATION CANADA, *A propos d'Agrément Canada*, [consulté le 29/07/2011], disponible sur Internet :
<http://www.accreditation.ca/a-propos/>
- BRECHET J.P., SCHIEB-BIENFAIT N., *Logique d'action et projet dans l'action collective : réflexions théoriques comparées*, [consulté le 12/10/2011], disponible sur Internet :
http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/11/80/PDF/LEMNA_WP_200915.pdf
- CLARTE, *Production et validation d'indicateurs en santé, Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*, [consulté le 5/07/2011], disponible sur Internet :
<http://www.clarte-sante.fr/>
- INRS, *Le stress au travail*, mise à jour le 15/12/2010, [consulté le 8 avril 2011], disponible sur Internet :
<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>
- INRS, *Combien coûte le stress au travail*, [consulté le 15 avril 2011], disponible sur Internet :
<http://www.inrs.fr/actus/CoutStress.html>
- LIBERATION.FR, 12/09/2009, *Nouveau suicide à France Télécom*, [consulté le 20/05/2011], disponible sur Internet :
<http://www.liberation.fr/economie/0101590529-nouveau-suicide-a-france-telecom>
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Agir en prévention du stress et des RPS : une mission du CHSCT*, [consulté le 5/05/2011], disponible sur Internet :
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Agir-en-prevention-du-stress-et.html>
- MIROIR SOCIAL, *La pénibilité psycho-sociale (PPS), nouvelle déclinaison des RPS*, [consulté le 2/06/2011], disponible sur Internet :
<http://www.miroirsocial.com/actualite/la-penibilite-psycho-sociale-pps-nouvelle-declinaison-des-rps>

- MOLINIER P., FLOTTES A., 2010, *Les approches en cliniques du travail en France*, [consulté le 5 juillet 2011], 24 p., disponible sur Internet :
<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Psychologie-clinique-francaise.pdf>
- TEMPORALITES, Revue de sciences sociales et humaines, *Dire le temps, dire le changement*, [consulté le 10/08/2011], disponible sur Internet :
<http://temporalites.revues.org/index1122.html>
- WIKIPEDIA, *Stress chez l'humain*, mise à jour le 16/08/2011, [consulté le 3/10/2011], disponible sur Internet :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Stress_chez_l'humain

COLLOQUES

- BERTRAND X., *Colloque Bien-être au travail*, 8 février 2011, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, [visité le 16/06/2011], disponible sur internet :
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,44/colloque-bien-etre-au-travail,13053.html>
- WELLER J.M., *La sociologie des risques psychosociaux*, In ARACT, Les risques psychosociaux au travail, 25 janvier 2008, Madiana Palais des congrès, Actes et Colloques, p. 32, [consulté le 25/04/2011], disponible sur internet :
<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2142356.PDF>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Cour d'Appel de Versailles n°10/00954 du 19 mai 2011 (extrait de l'arrêt)

ANNEXE 2 : Indice de bien-être au travail (selon VAKNINE Victor)

ANNEXE 3 : Grille d'entretien des cadres de santé

ANNEXE 4 : Grille d'entretien des directeurs des soins

ANNEXE 5 : Grille d'entretien des médecins et psychologues du travail

ANNEXE 1

Cour d'Appel de Versailles n° 10/00954 du 19 mai 2011

Faute inexcusable de l'employeur reconnue dans le cas d'un suicide sur le lieu de travail

istnf.fr | 01.06.2011

L'existence d'une faute inexcusable de l'employeur a été reconnue par la Cour d'Appel de Versailles dans le cas du suicide d'un salarié sur le lieu de travail, bien que l'entreprise ait contesté la décision dans ce sens du tribunal des affaires de sécurité sociale.

La société avançait que « l'acte désespéré » de son salarié avait visiblement trouvé sa source « dans un ensemble de facteurs inhérents à sa personne, à son état psychologique propre (notamment à la perception très dévalorisante qu'il avait de l'évolution de sa carrière professionnelle), et [n'avait] pas été causé par ses conditions de travail particulières telles qu'elles étaient organisées, à l'époque contemporaine du suicide, ou par les méthodes mises en place par les supérieurs hiérarchiques. Dès lors, n'ayant pas pris part au danger qui [s'était] concrétisé par le suicide, la société affirm[ait] qu'elle ne pouvait en avoir conscience. " La Cour d'appel fait valoir que :

- dès lors qu'il y a eu un accident de travail, le manquement à l'obligation de sécurité de résultat, alors que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger, constitue une faute inexcusable
- l'état de santé du salarié, en l'espèce, apparaissait dégradé, depuis deux mois déjà avant le suicide. Les relations avec le supérieur hiérarchique semblaient difficiles,
- une partie des troubles présentés provenaient d'un stress exclusivement d'origine professionnelle,
- l'absence de prise en compte de l'état de santé de cet ingénieur apparaît comme le résultat du refus de l'employeur d'évaluer les risques psycho-sociaux, ce qui aurait pu permettre de mettre en œuvre une prévention,
- l'employeur s'est montré incapable d'évaluer la charge de travail effective du salarié, alors que les médecins du travail ont fait part de plaintes de salariés quant à une surcharge de travail.

Les magistrats ont retenu en conclusion que la société employeur, « confrontée à la dégradation de plus en plus marquée de la santé du salarié, s'agissant d'un ingénieur de haut niveau qui avait durant les 15 années précédentes toujours donné entièrement satisfaction à ses supérieurs hiérarchiques en raison de ses compétences techniques très appréciées et de l'importance des travaux réalisés, tout en ayant déjà attiré l'attention sur l'existence de difficultés rencontrées en période de tension ou de forte pression dans l'exercice de ses fonctions »... « avait nécessairement conscience du danger auquel était exposé ce salarié en cas de maintien sur une longue durée des contraintes de plus en plus importantes qu'il subissait pour parvenir à la réalisation des objectifs fixés pour chacune des missions confiées et n'a pris aucune mesure pour l'en préserver ou pour permettre à son entourage professionnel d'être en mesure de mettre en place de telles mesures.

[Consulter le texte de l'arrêt](#)

Site consulté le 11 septembre 2011 et disponible sur le lien suivant :

<http://www.istnf.fr/site/Themes/detail.php?fiche=6146>

ANNEXE 2

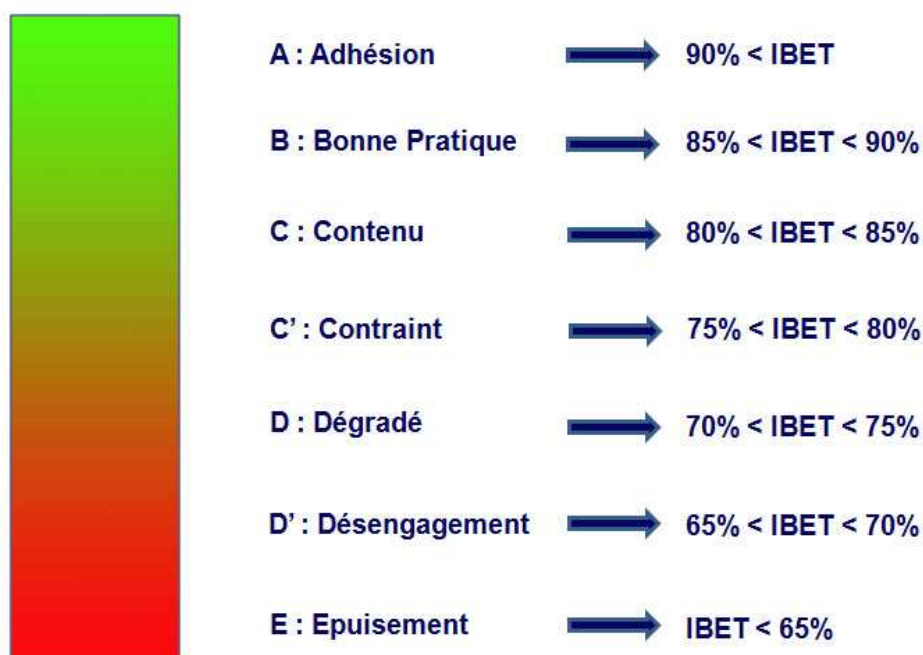
INDICE DE BIEN ETRE AU TRAVAIL (selon VAKNINE Victor)

L'IBET®, Indice de Bien-être au Travail, marqueur socio-économique défini en co production par la Direction, les IRP, le Management, qui permet d'objectiver le subjectif, de quantifier la performance globale socio-économique, de suivre l'évolution des risques psychosociaux ainsi que le climat organisationnel.

Accéder à l'étude statistique sectorielle sur le Bien-être/Mal-être au Travail - IBET 2009 :

[Cliquez ici](#)

Baromètre du Climat Organisationnel :



APPLICATIONS RECOMMANDEES DE L'IBET

L'IBET® (Indice de Bien-être au Travail) peut s'appliquer dans les scénarios suivants:

Ajouté dans le tableau de pilotage de l'entreprise, le suivi de l'IBET®, indice socio-économique, en complément harmonieux de l'EBIT.

Pour les entreprises engagées dans une politique de RSE et/ou voulant faire appel à des fonds ISR (Investissement Socialement Responsable), l'IBET® offre un marqueur possible de Responsabilité Sociale pour les agences indépendantes de notation en risques sociaux).

Faire de l'IBET un marqueur pour un label de l'Entreprise en Bien Etre au Travail, pouvant donner lieu à des aides régionales et locales.

Un indice de notation des Cadres Dirigeants pour leur rémunération variable, une sorte de Stock-option Sociale (SOS) et/ou une base de détermination pour l'intéressement des salariés (ex décidé par France Télécom dès 2010 pour ses 1100 cadres supérieurs)

Site consulté le 11 septembre 2011 et disponible sur le lien suivant :

<http://mozartconsulting.fr/IBET.aspx>

ANNEXE 3

GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE

Age, ancienneté dans la fonction, service d'affectation, cursus professionnel

1. Le stress, c'est quoi pour vous ?
2. Avez-vous le sentiment d'être stressé ?
3. Vivez-vous des situations stressantes ? Et si oui, lesquelles ?
4. Quelles sont les solutions pour améliorer cela ?
5. Qu'est ce qui a beaucoup changé fondamentalement entre hier et aujourd'hui dans le travail du CS ?
6. Est-ce que c'est plus facile ou plus difficile qu'avant et pourquoi ?
7. Les réformes ont amenées beaucoup de changements. Pourquoi ?
8. Comprenez-vous le sens de ces changements ?
9. Pensez vous que cela soit cohérent ?
10. Qu'attendez-vous de l'avenir ?
11. Pensez-vous avoir un environnement sécurisé ?
12. Qu'est ce qui vous pèse le plus dans cette fonction au quotidien ?
13. Regrettez-vous d'exercer cette fonction ? Aimerez-vous faire autre chose que cadre de santé ?
14. Avez-vous plus ou moins d'autonomie ?
15. En règle générale avez-vous le sentiment d'être bien considéré par les équipes, les CP, le corps médical, le DS ?

16. Vous sentez vous isolé ?
17. Pensez vous que l'on prenne soin de vous ?
18. Qu'attendez-vous du DS ?
19. Les risques psychosociaux, est-ce une réalité pour vous ?
20. Considérez vous le pôle comme une plus value ?

ANNEXE 4

GRILLE D'ENTRETIEN DES DIRECTEURS DES SOINS
--

1. Les cadres de santé sont-ils très exposés à des risques psychosociaux ?
2. Quelles peuvent être les situations professionnelles les plus stressantes vécues par les cadres de santé ?
3. Depuis la mise en place des pôles, y a-t-il eu des changements notables en ce qui concerne le travail des cadres de santé ?
4. Quels sont les éléments qui favorisent l'émergence de ces situations stressantes ?
5. Comment voyez-vous l'avenir en ce qui concerne l'exposition au stress des cadres de santé ?
6. Quels sont les liens avec les autres acteurs concernés ?
7. Quelles peuvent-être les pistes d'amélioration ?
8. Que peut apporter le Directeur des soins en la matière ?

ANNEXE 5

GRILLE D'ENTRETIEN DES MEDECINS ET PSYCHOLOGUES DU TRAVAIL

1. Quel est votre rôle dans la prévention des risques psychosociaux, et notamment du stress chez les cadres de santé ?
2. Les demandes de consultations concernant des cadres de santé sont-elles plus fréquentes ?
3. Avez-vous repéré des situations professionnelles stressantes les concernant ?
4. Quels sont les éléments qui peuvent les favoriser ?
5. Quelles sont vos relations avec le directeur des soins ?
6. Quelle est votre vision de l'avenir dans ce domaine ?
7. Quelles peuvent être les pistes d'amélioration ?
8. Etes-vous associés à des groupes de travail en la matière ? Lesquels ?

BACLE	Marie-Lise	Décembre 2011
DIRECTEUR DES SOINS Promotion 2011		
Les situations professionnelles stressantes des cadres de santé : <i>stratégie différenciée du directeur des soins pour y faire face</i>		
Résumé : L'augmentation des risques psychosociaux dans les établissements de santé est un phénomène inquiétant. Le stress, premier d'entre eux, semble atteindre de plein fouet les cadres de santé. Notion complexe et confuse par excellence, le stress est décrypté à travers les situations professionnelles vécues et décrites comme les plus stressantes par les cadres de santé. Dans cette optique, l'étude se concentre sur deux établissements de santé, sensiblement de même taille, dont le contexte financier et environnemental est différent. L'enquête révèle la nature des situations stressantes dans les deux établissements et pointe du doigt leurs origines, à travers leurs causes et mécanismes. S'inspirant de l'analyse conduite sur les situations stressantes et des pratiques émergentes issues des deux établissements, le directeur des soins va élaborer des préconisations selon quatre axes différents. Il va ainsi adapter sa stratégie managériale, visant à réduire le stress professionnel et, in fine, à améliorer la qualité des soins.		
Mots clés : Risques psychosociaux, stress, situations stressantes, établissements de santé, cadres de santé, démarche de prévention, directeur des soins, préconisations.		
<i>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.</i>		