



Filière Directeur des soins

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

**La bientraitance managériale :
Recherche et Développement**

Sophie BECU

*« Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche :
il faut les créer, et les solutions suivent »
Antoine de Saint-Exupéry, Vol de nuit.*

Remerciements

Aux professionnels,
qui ont accepté de participer à l'enquête et qui nous ont permis d'étayer notre réflexion.

A tous ceux présents et partis,
qui m'ont entourée et soutenue dans ma vie personnelle et professionnelle, ils se
reconnaîtront.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre conceptuel et théorique.....	5
1.1 Le management, une définition choisie.....	5
1.2 Des valeurs au questionnement éthique.....	6
1.3 De l'éthique à l'éthique managériale	8
2 Pour la recherche : réalisation d'une enquête.....	13
2.1 La méthodologie	13
2.2 L'analyse de l'enquête	15
2.2.1 Les valeurs.....	15
2.2.2 Le management.....	21
2.2.3 Prendre soin.....	23
2.2.4 Les risques psycho-sociaux.....	24
3 Propositions pour le développement de la bientraitance managériale.....	27
3.1 Une politique institutionnelle managériale.....	27
3.1.1 Le volet managérial du projet d'établissement	27
3.1.2 La politique de développement des compétences des cadres	28
3.2 Une politique qualité et gestion des risques.....	31
3.2.1 Les évaluations des pratiques professionnelles managériales.....	31
3.2.2 La prévention des risques psycho-sociaux	32
Conclusion.....	33
Sources et Bibliographie	35
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANESM.....	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services et Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CS	Cadre de Santé
CSIRMT.....	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DG	Directeur Général
DRH.....	Directeur ou Direction des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DSIRMT.....	Direction ou Directeur des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
GPMC.....	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
PSEMT	Personnel Soignant, Educatif, Médico-technique
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises

Introduction

« *Le travail c'est la santé* », pourtant stress, anxiété, déprime sont des maux désormais récurrents dans le monde du travail, comme le montre l'actualité récente.

Les établissements de santé, déstabilisés par de nombreuses réformes depuis 15 ans, suivent cette évolution sociétale. A tous les niveaux, soignants paramédicaux et cadres, cette souffrance au travail est reconnue que ce soit par l'étude européenne Press Next¹ ou dans le rapport De Singly². Le malaise est croissant et traduit des conditions d'exercice contraignantes, un encadrement en difficulté, mal reconnu, face à une organisation rigide et une demande croissante des patients. Cet état de fait engendre insatisfaction au travail et démotivation, alors que l'hôpital opère sa transformation et a besoin de toutes les énergies pour réussir.

Le rapport Lachmann, Penicaud, Larose (2010) sur le bien-être et l'efficacité au travail précise que « *les dirigeants doivent se préoccuper des questions de santé «au même titre que les enjeux économiques car ce sont les salariés qui font la performance de l'entreprise»* ».

Alors que la recherche de la qualité des soins est une priorité, une étude qualitative de C. Compagnon et V.Ghadi pour la Haute Autorité de Santé (HAS)³, montre que la « *maltraitance ordinaire* » croît et s'exprime « *Elle n'est pas hors du commun [...] La banalisation et l'acceptation de gestes limites surviennent quand la priorité n'est plus la personne malade mais l'organisation hospitalière et ses professionnels* ».

Cette « *maltraitance ordinaire* » concerne les patients mais aussi les cadres et les soignants qui disent ne plus pouvoir « *prendre soin* ». « *Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé.* ».⁴

Aujourd'hui cette « *maltraitance* » identifiée à l'hôpital l'avait été précédemment dans les secteurs social et médico-social. Ainsi l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des services et Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁵ invite à s'interroger sur la posture professionnelle de bienveillance « *Née dans **une culture partagée**, la posture professionnelle de bienveillance est **une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus.** Cette posture comporte le nécessaire souci de **maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, [...]*** ».

¹ ESTRYN-BEHAR M., Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.

² De SINGLY C., Rapport de la mission cadres hospitaliers.

³ COMPAGNON C., GHADI V., La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé, Etude sur la base de témoignages.

⁴ HESBEEN W., Le caring est-il prendre soin ?

⁵ ANESM., Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre p17 et p36.

*Cela implique que **les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes***».

Ainsi, la prévention de la « maltraitance ordinaire » nécessite de développer la bientraitance à tous les niveaux de la chaîne managériale. L'attention portée à l'Autre qu'il soit cadre ou soignant aboutit in fine à l'utilisateur. Le « prendre soin » sécurisé et de qualité, attendu par l'utilisateur et son entourage, prôné par la certification V2010 est indéniablement en lien avec le bien être de tous les professionnels à tous les niveaux.⁶

La recherche de performance de l'hôpital ne peut se faire sans ces derniers qui doivent en être partie prenante. Les cadres de proximité sont la clé de voûte de ce dispositif, car ce sont eux, au plus près des équipes de soins, qui ont ce rôle crucial de les mobiliser et soutenir au quotidien.

De plus, le mal être au travail identifié à l'hôpital engendre des risques psychosociaux et leur prévention devient, comme ailleurs une priorité.

*« Les risques psycho-sociaux doivent être analysés comme **le résultat de "tensions" excessives, non régulées ou insuffisamment régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales. Ces tensions sont regroupées en quatre grandes familles, celles issues des contraintes du travail, celles liées aux valeurs et exigences du salarié, celles liées aux situations de changements des contextes de travail, et celles liées aux relations et comportements des individus** »⁷.*

Ainsi que ce soit pour la prévention de la « maltraitance ordinaire » envers les patients ou des risques psychosociaux (RPS), les relations de travail doivent évoluer. Bien sûr, des causes organisationnelles sont aussi à l'origine de ces deux phénomènes mais pour les améliorer la bientraitance managériale est à promouvoir. Il est aujourd'hui, de la responsabilité des dirigeants hospitaliers de s'emparer de cette problématique managériale longtemps niée ou considérée comme secondaire.

Le rapport De Singly précise *« le projet managérial doit être d'abord être lieu pour débattre dans l'établissement sur ce que doit être « un bon management ». Le projet managérial est aussi un moyen de fédérer les différents acteurs [...], **de mieux communiquer et de partager une culture décisionnelle au bénéfice de la communauté** »*. La mission préconise **que tout projet d'établissement inclut un projet de management**.

Le projet de soins, élément constitutif du projet d'établissement est *« élaboré par le directeur des soins avec l'ensemble des professionnels concernés [...] il le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité »*.

⁶ Critère 3d « Qualité de vie au travail » et Critère 4b « Amélioration de l'efficacité », manuel de certification des établissements de santé, juin 2009

⁷ BERNON J., DOUILLET P., Evolution des organisations du travail et risques psychosociaux, quelques enseignements issus de l'approche du réseau ANACT, p13.

Le directeur des soins (DS) « [...] coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il [...] collabore à la gestion des risques »⁸.

Pour mener à bien la politique de soins et répondre à ses missions en s'appuyant sur l'encadrement, quel type de relation managériale doit-il utiliser et en s'appuyant sur quelles valeurs partagées ?

Après consultation de quatre projets de soins, il apparaît que tous déclinent des valeurs comme tolérance, respect, considération de l'autre, empathie, éthique, mais ces valeurs ne sont pas explicitées ni sémantiquement ni dans la manière de les faire vivre dans la déclinaison managériale. Dans un exemple relevé « *le management des équipes repose sur la volonté d'impliquer chaque professionnel sur la base d'une politique partagée qui prône rigueur, professionnalisme et équité. Le cadre de santé en est le vecteur principal* »⁹. Mais que veulent dire ces éléments pour les cadres dans leurs actions quotidiennes de management et pour les soignants ?

Les projets de soins étudiés ne posent pas le *comment* ? de la déclinaison des nombreux projets à mettre en œuvre et ne s'engagent pas ou peu sur le management utilisé.

Des initiatives existent « *d'hôpital attractif* »¹⁰ ou de charte de management qui prônent une démarche de bientraitance managériale nécessaire aujourd'hui pour à la fois répondre aux attentes des usagers et prévenir les risques psycho-sociaux.

Suite à ces constats il nous semble légitime de nous demander:

Pourquoi la démarche de bientraitance managériale semble t'elle si peu mise en œuvre aujourd'hui dans les établissements publics de santé ?

HYPOTHESES

1. Les valeurs déclinées dans les projets des établissements, ne sont pas partagées par tous, concernent *le prendre soin* des patients et non les acteurs de la chaîne hiérarchique, du directeur de soins coordonnateur général des soins, aux soignants paramédicaux, porteurs et acteurs des projets.

Nous recherchons : si les valeurs sont partagées sur une même ligne hiérarchique ? Quelles définitions les professionnels donnent-ils des valeurs exprimées ? S'appuient-ils sur les valeurs énoncées dans les projets des établissements ? Qui est concerné par ces valeurs prescrites ?

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de *directeur des soins* de la fonction publique hospitalière.

⁹ Sur un des projets de soins consultés.

¹⁰ CANNASSE S., Comment rendre un hôpital attractif , p1.

2. Au delà des intentions, la démarche de bientraitance managériale n'est pas une priorité parce qu'elle semble difficile à décliner dans le contexte actuel de l'hôpital avec ses contraintes économiques et organisationnelles.

Nous souhaitons repérer : quelle conception du management ont les directeurs de soins et les cadres ? Les conditions d'exercice de ce management permettent-elles aujourd'hui de développer une relation managériale bientraitante ?

3. Culturellement, les paramédicaux développent le *prendre soin* des patients, mais ce champ est peu ou pas investi dans le management au quotidien par l'encadrement, même si le *prendre soin* peut participer à la prévention des risques psycho-sociaux.

Nous recherchons : si, tous les acteurs, prennent soin les uns des autres ? Et comment ils perçoivent la prévention des risques psycho sociaux à l'hôpital aujourd'hui ?

Pour ce faire, nous allons dans la première partie, théorique et conceptuelle, aborder les concepts de management, de valeurs et d'éthique managériale et préciser ce que le manager doit décliner comme relation managériale, s'il se veut bientraitant, en donnant des exemples existants dans le champ de la santé.

La seconde partie, réservée à l'exploitation et à l'analyse du travail d'enquête, donne la parole aux acteurs de la chaîne managériale recueillie au cours d'entretiens et d'observations de réunions et ce après étude des documents institutionnels constitutifs du projet d'établissement d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et d'un Centre Hospitalier (CH).

La dernière partie, préconise des pistes de développement de la bientraitance managériale, des politiques et stratégies à mettre en œuvre en respectant le principe que chaque situation est spécifique et mérite une analyse minutieuse, même si des principes peuvent être généralisables.

1 Cadre conceptuel et théorique

1.1 Le management, une définition choisie.

De nombreuses définitions existent de H.Fayol à H.Mintzberg, mais celle qui nous semble la plus adaptée au regard du sujet traité est la suivante : « *Le management est le métier qui consiste à conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance* ». ¹¹

Le management est un métier, c'est-à-dire une activité, une pratique qui regroupe un ensemble de savoir-faire techniques et relationnels. Ce n'est ni un processus abstrait, ni une théorie. Ce métier consiste à conduire, conduire peut signifier « diriger », « commander », « coordonner », « faire participer », « animer ».

Manager, c'est conduire un groupe d'hommes et de femmes. Manager consiste donc à faire travailler les gens ensemble pour atteindre un objectif commun. Ainsi le management comporte deux horizons, l'opérationnel (le court terme), le stratégique (moyen et long terme) et deux volets, le management des hommes et le management des moyens. Le volet humain est fondamental pour mobiliser les énergies, animer les équipes, communiquer.

Même si le management des hommes suppose que pour être crédibles les managers se préoccupent du management des moyens, ce qui nous intéresse aujourd'hui est davantage le **comment du management des hommes**. Nous sommes conscients que ces deux volets sont distincts mais indissociables, l'un n'existant pas sans l'autre.

« *Manager des hommes, c'est les entrainer et les mobiliser vers un but à atteindre [...] Manager des hommes ne peut se faire sans estime et bienveillance pour les hommes* ». ¹²

Aujourd'hui à l'hôpital, selon l'éclairage des constats, il nous semble essentiel de nous attacher au management des hommes selon les concepts suivants :

- Le management stratégique des hommes est dénommé mobilisation des énergies.
- Le management opérationnel des personnes est englobé sous le terme de management relationnel.

L'aspect opérationnel prime aux premiers niveaux d'encadrement (Cadre de Santé (CS), Cadre Supérieur de Santé (CSS), médecins et chefs de pôle), alors que la dimension stratégique l'emporte chez les cadres dirigeants (Directeur Général (DG), président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et Coordonnateur général des soins (CGS)).

¹¹ ALECIAN S., FOUCHER D., Le management dans le service public, pp10-16

¹² SALOME J., POTIE C., Oser travailler heureux : entre prendre et donner.

La mobilisation des énergies est un enjeu stratégique pour les dirigeants (et donc pour le DS), pour accompagner le changement. Un des obstacles-leviers du changement est la culture de l'organisation. Définie comme un ensemble complexe de plusieurs composantes, dont les valeurs, elle ne saurait se réduire à ces seules valeurs, même si elles y occupent une place centrale. La place occupée par les valeurs aujourd'hui, reste à clarifier dans les établissements publics de santé.

1.2 Des valeurs au questionnement éthique

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les projets de soins déclinent de nombreuses valeurs, mais dans quel but ? Prescrites pour la prise en charge des personnes soignées, à qui servent-elles et à quoi ? Les valeurs d'hier sont-elles celles partagées aujourd'hui ?

L'hôpital en tant que société organisée « *repose nécessairement sur des valeurs, c'est-à-dire sur une représentation de ce qui, à l'intérieur du groupe, est considéré majoritairement comme bon, bien ou juste, dont on peut récuser l'universalité et l'intemporalité mais dont on ne peut nier l'existence* ». ¹³

Se rapportant aux propos d'Audigier (1999) il est inutile de s'attacher à déterminer une liste bien établie et cohérente de valeurs, puisque dans toute situation, dès qu'il faut prendre une décision, nous sommes aux prises avec des valeurs en contradiction les unes avec les autres. Elles définissent un point de vue à partir duquel nous évaluons les actions sociales, les comportements, voire les opinions.

Cependant « *les valeurs tissent un lien entre les individus, elles répondent au désir de croyances générales plus qu'à l'exigence de la raison. Tel est le paradoxe de nos valeurs : [...] elles distinguent et elles unissent* ». ¹⁴

Pour J.-D. Reynaud « *les valeurs s'imposent bien aux individus, mais elles ne sont pas transcendantes et indépendantes de leurs relations. Elles sont l'objet même de ces relations, elles sont construites par elles. Une action collective, en imposant des règles, invente un sens. Les valeurs sont l'horizon de ce sens, l'orientation de l'action collective.* ». ¹⁵

Ainsi nous le voyons, les valeurs ont un intérêt à être identifiées et investies à l'hôpital. Sources de lien entre les individus, elles donnent un sens à l'action collective, même si aujourd'hui elles sont peu utilisées dans l'évaluation des comportements professionnels managériaux de manière explicite et objective.

Pour autant des valeurs formalisées peuvent apparaître comme « *une défense d'un certain conservatisme social en se référant aux normes d'un état antérieur de la*

¹³ BORGETTO M., Crise des valeurs et fonctionnement social, le poids et les limites de la dialectique, p11.

¹⁴ LAZORTHES F., La démocratie dans l'horizon des valeurs ... retour à Alexis de Tocqueville, p41.

¹⁵ SCHWEYER F.-X. / éd., Normes et valeurs dans le champ de la santé, p6.

société »¹⁶ et dans notre société en pleine mutation « *l'individualisme croissant s'accompagnerait [...] de l'usure et de la dégradation des valeurs* ».¹⁷

Certains évoquent la crise des valeurs « *reflet de l'évolution de la société [...] ainsi les valeurs anciennes sur lesquelles s'appuyait jusqu'alors notre société sont considérées par certains comme en crise : qu'il s'agisse des valeurs de laïcité et de neutralité, des valeurs de tolérance et de respect de l'autre, des valeurs de fraternité et de solidarité, des valeurs de liberté, d'égalité et de responsabilité* ».¹⁸

Le monde se transforme, modifiant les visions des individus, les professionnels hospitaliers longtemps préservés se retrouvent dans ce mouvement perpétuel de transformation. Mais les valeurs n'ont pas disparues « *ce sont leurs manifestations qui se transforment, s'affaiblissent ou surgissent* ».¹⁹

L'HAS nous invite à les définir car, « *les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. Dans le contexte des établissements de santé, caractérisé par la présence de groupes porteurs de visions différentes et pourtant toutes légitimes, elles constituent un cadre de référence utile. Ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement* ».²⁰

La population des paramédicaux est en pleine mutation, les nouveaux professionnels qui intègrent ou vont intégrer les structures de santé ont leurs propres représentations et il n'est pas sûr qu'ils « *adhèrent aux valeurs qui leur seraient imposées car cela n'incite pas à la réflexion, ni à l'éthique. C'est ainsi que « le monopole de la valeur rend l'éthique muette* ».²¹

Il faut tenir compte de ces éléments dans la stratégie managériale d'aujourd'hui pour demain. « *S'ils sont composés des mêmes acteurs, hôpital et société se dédoublent au plan institutionnel, n'avancent pas à la même vitesse et n'empruntent pas les mêmes chemins. L'un peine à suivre l'autre. S'il était une valeur de la crise, ce serait celle d'amener l'hôpital et les professionnels de santé à identifier et corriger ce déficit d'adaptabilité* ».²²

Les valeurs ne peuvent être déclinées seules sans être mises en action par une démarche éthique et doivent faire l'objet d'une mise en commun. « *L'édification d'une*

¹⁶ BILLIER J.C., Les valeurs morales : la neutralité libérale par delà le relativisme, p21.

¹⁷ DAMON J., La valeur « famille » en tendances, un modèle en évolution, p114.

¹⁸ BORGETTO M., op.cit. p9.

¹⁹ DEBERDT J.P., Crise des valeurs, valeur de la crise, p25.

²⁰ Manuel de certification des établissements de santé V2010, Haute Autorité de Santé Juin 2009.

²¹ GRUAT F., Les valeurs en crise , pp5-7.

²² DEBERDT J.P., op.cit. p26.

éthique du futur exige d'inaugurer une prospective des valeurs [...] L'éthique du futur c'est l'éthique ici et maintenant, pour que plus tard il y ait encore un ici et un maintenant ». ²³ Les valeurs ne sont pas des réponses, elles permettent de développer un questionnement éthique.

Les futurs projets d'établissements et projets de soins se doivent d'intégrer cette dynamique pour répondre au mieux aux besoins des usagers et accompagner les personnels. Pour passer d'un encadrement « bureaucratique » au sens de Max Weber, basé sur des valeurs pour l'utilisateur, il faut qu'au delà des mots et des intentions formalisées, le management des personnels s'appuie sur l'éthique intégrant aussi des valeurs pour les professionnels.

1.3 De l'éthique à l'éthique managériale

L'éthique est « une discipline philosophique pratique (action) et normative (règles) dans un milieu naturel et humain. Elle se donne pour but d'indiquer comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être, entre eux et envers ce qui les entoure. Dans tous les cas, l'éthique vise à répondre à la question « Comment agir au mieux ? Aujourd'hui, on emploie le terme « éthique » généralement pour qualifier des réflexions théoriques portant sur la valeur des pratiques et sur les conditions de ces pratiques ; l'éthique est aussi un raisonnement critique sur la moralité des actions ». ²⁴

L'éthique est entrée à l'hôpital par le biais de la prise en charge des patients, lorsque les progrès de la science et de la technique ont modifié progressivement notre approche du malade et de la maladie. Ainsi il convient d'éveiller chacun des acteurs de soin à la réflexion éthique. Selon Rabelais au XVI^e siècle « *science sans conscience n'est que ruine de l'âme* », car derrière chaque patient il y a un Autre qui souffre et pour qui le sens humain de la prise en charge soignante est primordial. Cette prise en compte de l'éthique clinique est valorisée par l'HAS dans la certification V2010 des établissements de santé dans la partie management stratégique, démarche éthique (critère 1.c).

Les principes de l'éthique clinique reposent selon Beauchamp et Childress (1995) sur :

- Le respect de l'autonomie (respect des choix et des positions personnelles et des décisions qui en découlent).
- La bienfaisance (l'obligation d'agir pour le bien-être des autres).
- La non malfaisance (l'obligation de ne pas faire de mal aux autres).
- La justice ou équité (l'obligation de traiter les cas égaux de la même façon (principe de justice formelle)).

²³ BINDE J., Où sont les valeurs ? Pour une éthique du futur, p33.

²⁴ fr.wikipedia.org/wiki/Éthique – site internet visité le 15 mai 2010

A l'hôpital, la réflexion éthique tend à s'organiser lors de situation de soins particulière et/ou complexe, lors de questions liées aux conflits d'intérêts et aux impacts éthiques des décisions économiques et non envers ses personnels. Comment développer une culture de la réflexion éthique si les personnels ne sont pas les premiers bénéficiaires de celle-ci ?

L'hôpital, bien que n'étant pas une entreprise, subit aujourd'hui des changements organisationnels et financiers qui le rapprochent d'un fonctionnement d'entreprise. Le Plan hôpital 2007 et la loi HPST²⁵, le financement par la tarification à l'activité, la gouvernance, un directeur « patron » et un directoire renforcent tant par le poids des mots que par les organisations, ce rapprochement. A l'hôpital d'envisager ce virage dans les meilleures conditions possibles et de ne prendre à l'entreprise que le meilleur en termes d'efficacité et de performance en lui laissant ses éventuelles dérives managériales. Ce propos est à nuancer, car les valeurs prônées par les soignants-cadres (médecins, cadres de santé et directeurs des soins) atténuent probablement ces effets négatifs, mais jusqu'à quel point et qu'en est-il des dirigeants non soignants ?

L'éthique managériale ne fait, encore, que très rarement partie d'une véritable stratégie intégrée à la stratégie globale de développement des entreprises, en se déclinant dans l'ensemble des pratiques de management des hommes. Pourtant les processus de création de valeur des entreprises vont de plus en plus dépendre à l'avenir de la qualité du management des hommes. Or ce dernier est lui-même lié aux pratiques éthiques et aux valeurs respectées par les responsables hiérarchiques dans leurs actes et comportements quotidiens. On ne peut que s'étonner de la « myopie managériale » dont font preuve à cet égard de très nombreux responsables hiérarchiques et dirigeants d'entreprise.

*« Le poids historique de la culture hiérarchique centralisée et bureaucratique du secteur public et donc de l'hôpital est à la source d'une conception monarchique du pouvoir ayant conduit de nombreux dirigeants et personnels d'encadrement à adopter des comportements managériaux autoritaires, méprisants, dominateurs qui sont autant de sources de stress, de démotivation et finalement de graves dysfonctionnements qui coûtent souvent très cher aux entreprises, sans que leurs responsables en aient bien conscience[...] car cela n'apparaît pas dans le compte d'exploitation ».*²⁶

A l'hôpital, les hommes représentent environ 70% des charges d'exploitation, il est donc urgent de valoriser ce capital pour l'établissement et les hommes eux-mêmes, afin d'assurer la performance sociale et améliorer l'efficacité. L'amélioration de l'efficacité est définie dans le manuel de certification V 2010 comme « *Les ressources investies dans*

²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶ BELET.D, YANAT.Z., L'éthique managériale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise, p2-3.

*les établissements de santé doivent se traduire par les résultats les plus satisfaisants possibles sur le plan de la qualité et de la productivité ».*²⁷

L'éthique managériale est une nouvelle responsabilité sociale interne de « l'entreprise ». Responsabilité de toute personne ayant une position hiérarchique d'encadrement et de management d'hommes, elle nécessite de porter un regard critique sur les pratiques managériales et de respecter une nécessaire cohérence avec les valeurs prônées officiellement sous peine de se décrédibiliser. L'éthique managériale participe à la bienveillance managériale. Ainsi si nous appliquons à la relation managériale les principes de l'éthique clinique tel que le respect, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice, nous redonnons au management le sens de l'humain qui lui manque si souvent.

La définition que Claude (1998, 2000) donne de l'éthique professionnelle, à partir des travaux de Paul Ricœur, est « *la façon dont un individu peut se construire une bonne conduite en situation professionnelle* ». Ainsi, l'éthique des managers peut être considérée comme la façon dont ils cherchent à se construire une conduite juste en situation professionnelle.²⁸

Kaptein (2003) distingue trois grandes caractéristiques personnelles d'un manager éthique, il est :

- authentique : un manager authentique sait pourquoi il agit et quel but il poursuit, il est ainsi plus capable de résister à la pression et aux tentations. Il a une perception claire de ses limites, de ses idéaux et des valeurs qui guident son action.
- fiable : c'est un manager sur lequel on peut compter. Il dit ce qu'il fait et fait ce qu'il dit. Il respecte ses engagements. Il est cohérent et constant d'une situation à une autre.
- constructif : à l'intersection des intérêts des différentes parties prenantes, le manager constructif est responsable. Il est susceptible de rendre compte de ses actes et décisions. À l'écoute, il est prêt à accepter la critique et à se remettre en question.

En complément, Whitener et ses collègues (1998), ont identifié trois critères pour juger de l'éthique des managers dans la façon dont ils traitent leurs subordonnés :

- la qualité de la communication : liée au fait d'expliquer les décisions prises et de pouvoir instaurer un échange ouvert entre managers et salariés.
- le souci du bien-être des employés et la protection de leurs intérêts.
- le partage et la délégation du pouvoir : dans le cadre de la théorie de l'échange social, le partage et la délégation du pouvoir sont des récompenses sociales

²⁷ Manuel de certification des établissements de santé V2010, critère 4b, Haute Autorité de Santé Juin 2009.

²⁸ HIRECHE.L., L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel / www.agrh2004esg.uqam.ca/pdf/Tome4/Hireche_Lorea.pdf -visité le 15 mai 2010.

qui symbolisent l'approbation et le respect que le manager accorde à son subordonné.

Nous constatons, qu'il est possible pour les managers de développer des comportements éthiques envers ceux qu'ils managent. Cependant est ce pour tous et à tous les niveaux de la chaîne managériale ?

Les comportements éthiques lorsqu'ils sont impulsés par la direction, influencent considérablement les managers des services (ici les cadres de pôles et cadres de proximité). Au-delà du rôle fondamental joué par les dirigeants, plusieurs auteurs ont souligné l'importance du management à tous les niveaux de l'organisation, véritables « acteurs démultiplicateurs » de l'éthique au sein de l'entreprise. L'exemplarité éthique (ou bienveillance managériale) doit suivre le sens hiérarchique, en concernant toute la chaîne managériale aboutir au soignant et in fine à l'utilisateur. L'éthique peut ainsi être considérée comme une compétence clé du management. Elle accroît le niveau de réflexion et de moralité des managers. L'éthique est globalement le corollaire de la responsabilisation des managers, elle-même liée à l'exigence de qualité totale. L'éthique du manager est susceptible d'avoir une influence positive sur l'engagement au travail et sur l'implication organisationnelle des managers eux-mêmes, ainsi que de leurs collaborateurs.²⁹

A l'hôpital si l'on applique les recommandations de l'ANESM sur la bienveillance, « *Il est recommandé que les professionnels fassent l'objet d'un encadrement cohérent [...]. Ceci induit que l'encadrement soit [...] respectueux des personnes et soucieux de réserver aux équipes une possibilité de pensée, de parole et d'autonomie [...]. Ce mode d'encadrement a pour objectif de permettre aux professionnels d'être des acteurs à part entière dans l'accompagnement, ce qui suppose de les soutenir dans l'initiative et d'éviter toutes les formes d'organisation déresponsabilisantes.* ».

Des expériences hospitalières existent comme :

- « *Le concept d'hôpital attractif, d'origine américaine, associe qualité des soins et satisfaction du personnel. Il postule que l'un ne va pas sans l'autre. Aux États-Unis, la qualification de "magnet hospitals" fait l'objet d'une certification. En Europe, le concept se met en place en Suisse et en Belgique. En France, les directions des soins des hôpitaux parisiens Cochin et Hôtel Dieu s'en inspirent* ». ³⁰

Cette démarche a pour but d'attirer les professionnels, d'augmenter leur implication et visent à les fidéliser, en menant des projets portant sur l'amélioration du cadre de travail, des services rendus aux patients et des compétences des infirmières. Concernant le management : « *L'hôpital attractif reste soucieux du bien être, de l'épanouissement et*

²⁹NILLES.J.J., Analyse de l'éthique dans la prise de décision du manager opérationnel. Etude qualitative et proposition d'une échelle de mesure. www.smia.info/files/eh93t6fz.f1_fr-1236.pdf site internet visité le 20 mai 2010.

³⁰ CANNASSE S., op.cit.

du développement de ses collaborateurs. Ses dirigeants développent une philosophie originale **de management en privilégiant la confiance aux hommes et femmes de terrain**. L'hôpital attractif est celui qui est parvenu à établir des arrangements d'intérêt réciproque pour lui-même et pour l'individu et qui crée ainsi des cercles vertueux. Les dirigeants de l'hôpital ont **opéré une transformation fondamentale qui se reflète dans la perte de la verticalité au profit de l'horizontalité et du partenariat [...]**. Cette stratégie repose sur la refonte de la relation entre l'hôpital et ses employés et consiste à considérer les professionnels comme **des collaborateurs autonomes** et soucieux de développement. Le modèle d'hôpital attractif souligne que la structure, **la vision** et les **valeurs véhiculées par les dirigeants, la culture organisationnelle et les relations de travail propres à une organisation contribuent fortement à la qualité du travail**.³¹

- Au centre hospitalier de St Quentin³² a été établi en collaboration entre Direction des Ressources Humaines (DRH) et DS, une charte du management qui concerne l'ensemble des cadres de l'établissement « **considérant que le management favorise le respect de l'individu et le développement des équipes, qu'il entend reconnaître les personnes pour ce qu'elles sont et ce qu'elles font, considérant que le management contribue à l'optimisation du prendre soin** ».

Ces initiatives nous paraissent correspondre à la mise en œuvre de la démarche de bienveillance managériale.

Cependant les contraintes économiques des établissements, en cours de plan de retour à l'équilibre financier ou en essai de maintien, peuvent paraître rendre difficile une telle démarche. En effet, le climat social peut être tendu et peu favorable dans un établissement déficitaire, mais c'est cependant là au contraire que doivent être concentrés les efforts de management éthique et bienveillant, loin d'être une utopie cette politique directoriale est essentielle. Les restructurations peuvent être l'opportunité de remettre à plat les organisations et d'améliorer les conditions d'exercices des hommes, à condition de tenir compte de ceux-ci dans le management en leur permettant de participer à une co-construction respectueuse. Cette éthique managériale paraît également essentielle aujourd'hui pour la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels, car un établissement qui ne prend pas soin de ses professionnels, qui ne cherche pas à développer un climat organisationnel et relationnel favorable, s'inscrit dans une perte de compétences qui à terme peut engager une perte de chances pour le patient.

Prendre soin de ceux qui au quotidien assurent la mission Soins à l'hôpital est un enjeu pour le directeur des soins.

³¹ DELMAS P., MAYRAND LECLERC M., Sortir du management panique, préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe, pp.101-104

³² Présentation de la charte de conception du management du CH de St Quentin, rencontre régionale du 24 juin 2009.

2 Pour la recherche : réalisation d'une enquête

L'enquête s'est déroulée dans deux établissements un centre hospitalier (CH) et un centre hospitalier universitaire (CHU) de deux régions différentes.

2.1 La méthodologie

Présentation des lieux de l'enquête

Le CH se situe sur le territoire de santé le plus peuplé de sa région. Il en est le deuxième CH (933 lits de MCO dont 378 dans le secteur personnes âgées). Ses activités comportent plus de 30 spécialités médicales et chirurgicales réparties dans une quarantaine d'unités regroupées dans 7 pôles. Ce fonctionnement en pôle est organisé depuis 2007.

Cet établissement est pour 2009 à l'équilibre sur le plan financier après 3 ans de déficit. Le plan de retour à l'équilibre a été engagé sans suppression de poste, par la réorganisation des personnels, le développement des activités et des actions de valorisation au plus juste de l'activité réalisée.

L'établissement emploie 2163 professionnels dont 181 médecins, 54 internes en médecine, 31 sages-femmes, 1334 soignants dont 445 infirmières,³³ le CGS est de filière médico-technique.

Le CHU, se situe sur un territoire de 446000 habitants. Avec ses 150 unités cliniques et biologiques, l'offre de soins du CHU couvre l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et biologiques dont les plus complexes et les plus rares à travers des centres de compétence et de référence. Cet établissement de 1462 lits et places comporte 14 pôles cliniques et médico-techniques. Chaque pôle a un directeur référent et un directeur des soins associé (y compris le CGS). Ce fonctionnement en pôles est finalisé depuis 2006. 4 pôles administratifs complètent ce dispositif. Le CHU est pour 2009 à l'équilibre financier.

Le personnel de l'établissement se compose de 968 personnels médicaux et pharmaceutiques, de 4604 personnels non médicaux dont 3541 personnels soignants, éducatifs et médico-techniques (PSEMT).³⁴ Comparativement à d'autres CHU proches, de la même région employant 5794 PSEMT et d'une région limitrophe, 4432 PSEMT,³⁵ ce CHU a une taille « humaine » concernant ses effectifs de personnels paramédicaux.

³³ Les chiffres clés 2008 du CH

³⁴ Les chiffres clés 2008 du CHU

³⁵ Les chiffres clés 2008 des CHU considérés

La réalisation de l'enquête

Les entretiens, les observations de réunions et l'exploration des documents projets, d'établissement, de soins ou de prise en charge patient (pour le CHU) et projet social ont été effectués pendant le temps de stage dans ces établissements.

Pour les entretiens, compte tenu de la configuration en pôle et des organigrammes, nous avons interrogé, pour le CH : le coordonateur général des soins (CGS), un CSS de pôle, deux CS et une infirmier(e) (IDE) du même pôle. Pour le CHU, nous nous sommes entretenus en plus, avec le directeur général, le président de CME, le directeur des ressources humaines (DRH), un directeur des soins, le président du CHSCT³⁶ et la psychologue de la cellule d'écoute pour le personnel, mais n'avons pu rencontrer d'IDE (du fait des vacances et des flux tendus du personnel). Ces rencontres ont eu pour but de tenter d'identifier, sur l'ensemble de la chaîne, du CGS à l'IDE, comment se décline le management et comment il est ressenti par chacun, en y intégrant ceux qui participent au management, médecins et autres directeurs, soit au total 15 entretiens réalisés.

Les entretiens de la chaîne managériale (CGS/CSS/CS/IDE) ont été effectués grâce à un guide d'entretien, après prise de rendez-vous et ont duré environ une heure. Ce guide³⁷ a été élaboré, à partir de la problématique et des hypothèses retenues, et adapté pour chaque établissement au regard des valeurs identifiées dans les différents projets de ces établissements.

Les réunions observées, sont des réunions de travail, portant sur différentes problématiques, animées par le CGS et /ou DS, les CSS, des réunions d'encadrement des réunions institutionnelles dont la CSIRMT³⁸. Nous avons observé également des entretiens entre le DS et/ou CGS avec des CSS, des CS et des IDE, afin d'enrichir le propos. Le guide d'observation a été construit en partie selon le modèle de mesure de la justice interactionnelle³⁹.

Les limites

Compte tenu du caractère unique de l'entretien avec l'IDE et des différences de types d'entretiens menés avec le guide ou sans (avec les présidents de CME, du CHSCT, le DG, le CSG du CHU, la psychologue), les conclusions ne peuvent qu'établir une tendance et en aucun cas être prises pour des affirmations reproductibles et généralisables.

De même, le fait que ces établissements soient à l'équilibre financier (même si le CH sort d'un plan de retour à l'équilibre), peut constituer un biais. Il faudrait pour être plus exhaustif, poursuivre cette étude auprès d'établissements en cours de plan de retour à l'équilibre, afin de déterminer si cet état a un impact sur la relation managériale déclinée.

³⁶ Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

³⁷ Annexe I et II.

³⁸ Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

³⁹ Annexe III.

Le choix d'établissements de taille et de configuration différentes (CH, CHU), ne permet pas une comparaison. Cependant il peut nous donner une idée sur la nature de la relation managériale et son impact sur l'organisation, au regard de la structuration en pôles.

2.2 L'analyse de l'enquête

L'analyse de l'enquête est effectuée par thèmes et croise entretiens et observations.

2.2.1 Les valeurs

Dans le projet de soins du CH (2006/2011) sont énoncées quatre valeurs qui sont respect, tolérance, confiance équité, toutes concernant la prise en charge des usagers. Néanmoins ces mots ne sont pas explicités dans leur contenu sémantique.

Le projet d'établissement du CHU (2006/2010), met au premier plan le projet de prise en charge du patient en cohérence avec le projet médical, pour «un CHU, promoteur de santé, citoyen, accessible et solidaire». Un vade-mecum formalise les valeurs, la conception de soins et la politique de la DSIRMT.⁴⁰ Les valeurs respect et équité sont définies, tant pour le prendre soin des personnes soignées et de leur entourage, que pour les actions menées par les professionnels.⁴¹

Nous remarquons que les valeurs respect et équité sont présentes dans les écrits des deux établissements.

Etude quantitative et qualitative des valeurs citées dans les entretiens.

Au CH, ces valeurs sont presque toutes citées par le CGS, le CSS et les cadres de proximité comme étant celles qui sous-tendent leurs actions professionnelles.

Le CGS cite **respect et équité**, le CSS, **équité**, confiance, responsabilité, transparence. Le CS1 cite **respect**, confiance, **équité**, le CS2, authenticité, **être juste**, reconnaissance, prendre soin (équipe/patient). Quant à l'IDE (8 ans d'expérience au CH) ne sait pas à quoi correspond le mot valeur mais cite des mots qui lui paraissent essentiels pour sa pratique professionnelle, tels que **l'écoute**, la patience, l'empathie, la disponibilité, être compétent, être organisée et ne pas se stresser.

Au CHU, le CGS cite **respect et équité**, le DS **équité**, **respect**, valeurs humanistes, authenticité et humilité. Le CSS retient **respect**, communication, partage et autonomie, le CS3, travail, **équité**, notion d'équipe, valeurs humaines, écoute et le CS4 cite **équité**, justice, professionnalisme et responsabilité.

Les diverses réponses montrent des points communs dans les deux établissements mais également au sein d'une même ligne managériale. L'équité et le respect sont presque toujours cités et quand ils ne le sont pas, nous retrouvons dans les définitions données de ces mots par les professionnels des notions en lien ou qui s'en approchent.

⁴⁰ Direction des Soins Infirmiers, de rééducation et Médico-techniques.

⁴¹ Vade-mecum DSIRMT du CHU considéré version 2 – Octobre 2008.

Ainsi pour le respect, le CSS du CH définit la transparence *«c'est tenter de dire l'agréable, le désagréable, l'intention est de ne pas blesser, juste permettre de s'ajuster, de réagir et d'avancer»*. Le CS3 définit l'écoute *«l'autre a sa vérité à lui quelque soit son niveau [...] ne pas être dans l'autoritarisme»* et en ce qui concerne les valeurs humaines dit *«être dans l'empathie et travailler sans jugement de valeurs»*. Pour le CS4, l'irrespect est évoqué à propos du comportement de certains soignants envers les patients qui font *«trop de jugement de valeurs»* ce qui peut laisser supposer qu'elle y est sensible même si jamais elle ne l'évoque. Le président de CME parle de *«sa conception de respect des uns des autres»*, il insiste sur le fait qu'au CHU *«les relations sont simples, les gens se parlent»* et lorsqu'il évoque ses relations avec le DG *«on travaille ensemble, en écoutant et respectant le point de vue de chacun»*.

Au CH, concernant les autres directeurs, les professionnels pensent que les directeurs partagent les mêmes valeurs qu'eux. Cependant selon le CSS *«Une partie de la communauté adhère à ces valeurs mais entre adhésion et faire vivre, il y a des écarts »*.

Au CHU, ils disent, *« le DG a une vision humaine de manière générale, le DRH aussi mais les autres, ce n'est pas trop leur préoccupation »*, la direction *« n'est pas trop à l'écoute »*, *« il n'y pas de communication suffisante entre les différentes directions fonctionnelles cela fait perdre du temps aux décisions et génère un stress énorme »*.

Pour l'équité, cette valeur est une valeur partagée par le plus grand nombre, seuls, le CSS du CHU et l'IDE n'évoquent pas cette valeur spontanément, ni ensuite au cours de l'entretien.

Pour autant même si les mots sont partagés, le sens donné à ces deux valeurs est différent. Ainsi un CSS dit: *«les mots sont les mêmes, mais ce que veulent dire ces mots n'ont pas le même sens»*.

Intéressons nous aux deux valeurs les plus citées, respect et équité.

Le respect

Selon LE ROBERT 2005, la définition est : fait de prendre en considération. Si nous voulons approfondir, *«l'exigence de respect pour autrui semble reposer sur 2 éléments qui entretiennent des rapports complexes: un certain sentiment d'empathie, la reconnaissance en l'autre d'un semblable [...] la demande de respect prend souvent la forme d'une revendication identitaire, d'un désir de reconnaissance et de valorisation [...] il faut signifier le respect d'une manière qui puisse être entendue par les autres: des codes de respect, clairs et réciproques [...]. Le respect impose une distance à l'autre, par laquelle lui est reconnue une autonomie, et une réciprocité est possible »*.⁴²

Lorsque les professionnels expliquent le respect, ils disent: *«faire attention à l'autre, le reconnaître, l'entendre, l'écouter [...] beaucoup d'écoute; reconnaître l'autre avec ses*

⁴²DEL.M., 2005, Le respect, dictionnaire culturel en langue française, LE ROBERT, pp.228-229.

limites, ses potentiels», «ne fait pas à l'autre ce que tu ne veux pas que l'on te fasse », « pas de mots qui blessent, se centrer sur la personne ».

Le CGS du CH considère cette valeur comme *«primordiale»* et précise que *« pour être bien au travail, il faut du respect mutuel. La ligne hiérarchique ne modifie pas ce respect, on arrive mieux à travailler avec l'autre quand on le respecte. On peut dire des choses pas faciles tout en respectant »*. Ainsi la notion de respect définie est proche de celle proposée par le dictionnaire et correspond à des compétences du manager éthique en termes de communication, d'écoute et de souci du bien-être ainsi qu'aux recommandations de l'ANESM. Cependant peut-être manque-t'il au delà des définitions communes des signes explicites et partagés de reconnaissance de ce respect ?

L'équité

Selon LE ROBERT 2005 : notion de justice naturelle dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun, vertu qui consiste à régler sa conduite sur le sentiment naturel du juste et de l'injuste. Pour John Rawls⁴³ : *« l'équité est le principe modérateur du droit objectif (lois, règlements administratifs) selon lequel chacun peut prétendre à un traitement juste, égalitaire et raisonnable »*.

Au CH, cette valeur est définie, des DS aux CS, *« La règle est la même pour tous, pas de passe droit [...] la même réponse pour tout le monde [...] rester humain mais dans un cadre »*, pour le CSS, *« l'équité ce n'est pas l'égalité, c'est veiller à l'équilibre des besoins et de la satisfaction de chacun par une bonne répartition [...], la même règle pour tout le monde »*, un CS *« notion d'égalité [...] être juste »*.

Au CHU, pour le DS, l'équité *« c'est différent d'égalité, c'est ce qui vaut pour l'ensemble, le collectif et l'individuel »*, pour les CS *« essayer de ne pas favoriser l'un plus que l'autre »*, *« notion d'égalité, faire la même chose pour tout le monde »*. Là nous le voyons, les réponses sont différentes surtout autour de la notion d'égalité pourtant existante dans la définition de Rawls.

Connaissez-vous les valeurs énoncées par l'établissement et à qui s'adressent-elles ?⁴⁴

Presque tous disent que non ils ne les connaissent pas même si au final ils en reprennent certaines à leur compte. Ils en sont gênés comme s'ils étaient pris «en faute», *« je ne me souviens plus trop »*. Quand nous leur rappelons, tous disent que ces valeurs *« s'appliquent à tout le monde, patients, équipe, à toute la chaîne »*, *« à l'ensemble des soignants »*. Seule l'IDE dit *« à l'ensemble des cadres, pour le CGS je ne sais pas »*.

⁴³ RAWLS.J, *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987

⁴⁴ Annexe I et Annexe II : Guides d'entretien

Nous percevons, ici, la difficulté d'écrire des valeurs dans les projets des établissements qui ne sont ni connues, ni partagées par tous, même si au final, deux valeurs communes émergent, avec cependant pour l'équité des différences de définition. En l'absence de précision écrite, presque tous pensent que ces valeurs porteuses de sens concernent la communauté hospitalière dans son ensemble et les patients, ce qui invalide en partie **l'hypothèse 1**.

En ce qui concerne les autres mots cités, ils ont un intérêt si on les compare aux principes de l'éthique clinique et aux caractéristiques de Kaptein et Whitener. Même si des différences existent dans le choix des mots, chacun a ses propres valeurs.

Vos valeurs professionnelles personnelles sont elles partagées ?

Le respect

Au CH, pour le CGS, il est partagé des directeurs aux paramédicaux *« si on ne respecte pas l'autre, on a du mal à avancer et à faire avancer, quand on est soignant comment ne pas respecter l'autre »*, de même pour le CSS, le CS1 et le CS2 qui disent *« ces valeurs s'adressent à tout le monde, tous les soignants et pour la prise en charge des patients »*. Le CS1 dit du CSS *« elle attache de l'importance à cette valeur là, elle la développe envers nous »*. Pour l'IDE *« c'est important de se respecter mutuellement, dans notre métier, le respect est important »*. Pour les cadres, les médecins ne font pas l'unanimité, *« un certain nombre oui, un grand nombre non »*, *« ce n'est pas trop dans leur culture »*, *« on ne peut pas laisser blesser gratuitement les gens, cela me gêne beaucoup »*. L'IDE dit *« cela dépend des médecins, ils ont moins de respect envers les aides-soignantes, dans la façon de leur parler par exemple »*.

Au CHU, pour le DS, le respect n'est pas forcément partagé, *« à 50% pour les CSS, 90% pour les cadres, quelques cadres confondent autoritarisme, être autoritaire et faire preuve d'autorité »* et il ajoute *« certains agents renvoient que les cadres irrespectueux ne sont pas des modèles »*. Le DS pense que les CS *« manquent éventuellement de respect par erreur de communication »*. Pour le CSS, le respect est partagé *« en grande partie pour les CS, elles savent que l'on respecte leur travail »* et dit que le DS est respectueux envers lui. Le CS3 pense que le CSS et le DS partagent cette valeur de respect. Quant au CS4, il a du mal à répondre pour le DS et le CSS et dit *« c'est difficile »*. Concernant les médecins tous expriment les mêmes éléments qu'au CH, en ajoutant *« ceux qui essaient de manager sont sensibles à cette valeur »* et le CS3 exprime *« les valeurs sont sûrement partagées mais on n'échange pas assez »*.

Des différences sont apparentes entre les deux établissements sur la perception du respect dans la chaîne managériale. Est ce dû à la taille de l'établissement et/ou parce qu'au CH, une formation a été récemment mise en œuvre pour les cadres et les paramédicaux *« apprendre à se connaître pour mieux communiquer »* ? Au CH, le CSS

dit que « ces valeurs ont été travaillées par la CSIRMT » et un CS exprime « il y a quelque chose de l'ordre de l'humain qui ressort de cet hôpital, c'est mon sentiment ».

L'équité

Au CH, le CSG et le CSS partagent la même idée, certains cadres ne sont pas équitables « certains ne sont pas dans cette dynamique, cela me gêne », « ils veulent faire plaisir à tout le monde c'est inéquitable ». L'IDE dit du CS1 et à propos des plannings « elle reste équitable, mais ce n'est pas facile pour elle [...]. C'est difficile quand il y a un problème de justice, on s'explique avec elle ».

Au CHU, le DS pense que les CS « sont trop dans l'affectif et qu'ils ne sont pas équitables [...] ils ont du mal à trouver un équilibre entre rationalité et humanité », de même pour les médecins et les CSS « ils seraient facilement sur l'affectif ». Le CS4 dit du CSS « je pense qu'il est équitable mais je ne le ressens pas vraiment » et du DS « difficile de comprendre les critères ou les arguments de son équité ». Le CS3 « pense » que l'équité est partagée mais « on ne prend pas le temps de parler assez de notre travail, on n'échange pas assez entre nous et avec le CSS ». Pour le DG « les CS portent les difficultés à bout de bras, entre gestion avec des contraintes économiques fortes et encadrement d'équipe, ils doivent faire attention à l'affectivité ». La psychologue évoque « les difficultés de positionnement juste et équitable de certains CS et leur recherche d'affectivité auprès des équipes ».

Pour l'équité, nous le voyons les avis sont peu partagés, et cette valeur unanime est source d'ambiguïté pour la ligne managériale. L'affectivité apparaît comme un écueil, cette notion n'était pas évoquée dans les définitions proposées par les acteurs concernés. Il nous faut donc éclairer cette notion d'affectif, Ahmed al Motamassik, sociologue d'entreprise, précise « Il est certain que nous ne pouvons pas supprimer l'affectif dans nos relations de travail car nous ne pouvons travailler dans un milieu déshumanisé. Gérer l'affectivité dans les relations de travail ne doit pas aboutir à transformer les individus en robots uniquement préoccupés par les résultats. Un manager doit savoir utiliser son intelligence émotionnelle. Cela doit notamment l'inciter à juger autrui avec objectivité en luttant contre la tendance à préférer ceux qui pensent comme lui, le séduisent ou le manipulent. Bien évidemment, des règles claires et affichées sont importantes. C'est pourquoi on utilise de plus en plus les réunions d'expression, les échanges d'expériences, la mise en place des chartes de valeurs pour le renforcement des liens entre collègues et la cohésion des équipes ».⁴⁵

Au CHU, le DS corrobore cela « l'homme est au centre des organisations, je suis sensible au fait que l'on travaille avec et pour des humains. Si un projet veut aboutir, on

⁴⁵ www.lavieeco.com/.../4291-l'affectivite-gere-90-de-notre-vie-sociale-et-professionnelle.html, consulté le 10 juin 2010.

ne peut faire sans l'humain, je ne fais pas dans l'affectif mais il faut tenir compte de l'humain, dans une logique gagnant/gagnant. ». La psychologue nuance ce propos « *il manque de culture humaine dans le fonctionnement de l'institution* ». Ainsi médecins, CSS et CS doivent ils distinguer affectivité et chaleur humaine. « *La chaleur humaine c'est quand on est ouvert à l'autre. L'affectivité c'est quand on a besoin de l'autre ou qu'on a peur de l'autre. Besoin de lui pour combler un de nos manques, pour nous rassurer. Peur de lui quand il risque d'aggraver un de nos manques et de nous déstabiliser. Bien différencier la chaleur humaine de l'affectivité, permet d'être chaleureux sans ambiguïté, et d'avoir une communication plus efficace et plus sereine.* ». ⁴⁶

Cette distinction est importante à appréhender pour un management équitable mais il semble qu'elle soit difficile à intégrer pour certains managers à la proximité des équipes de soins. Un CS du CHU dit « *qu'être réactive dans la gestion des plannings est la porte ouverte à une bonne relation, pour être calée le plus possible aux attentes* ». La place de l'affectivité dans la relation managériale mérite d'être réfléchi et échangée au sein du collectif cadre ainsi qu'avec les médecins.

Les observations montrent que le respect, tant dans la relation, que dans la reconnaissance du travail effectué, est présent. La communication est bienveillante, attentive à l'autre et les attentes sont explorées et écoutées. Selon la grille d'observation établie, pour le CHU l'ensemble des paramètres nous a paru être rempli, du DS vers les CSS ou CS, ce qui n'est pas le cas dans le sens CSS/DS. Le ton employé par certains CSS, était à la limite de l'agressivité et de l'irrespect, comme le dit le DS d'ailleurs. Au CH, par contre les observations effectuées sont en cohérence avec les dires recueillis de respect de part et d'autre.

Nous pouvons nous demander si notre présence au cours de ces réunions ou entretiens n'a pas induit un comportement « plus » respectueux ? Le peu de temps d'observation (quelques semaines) ne peut permettre de porter un jugement sur la déclinaison des valeurs au quotidien, tout au plus donner une tendance, d'autant qu'il est plus difficile d'observer l'équité. Cependant, nous affirmons, qu'en ce qui concerne le respect, les observations réalisées, corroborent les relevés des entretiens.

En conclusion

Ancrer des valeurs communes et partagées par tous est essentiel, « *sans valeurs, l'hôpital est comme une maison sans pilotis, sans fondations* » dit le CGS du CHU à l'instar de ce qui est préconisé par l'HAS. S'appuyer sur au moins deux valeurs communes est important dans la mesure où les définitions sont clarifiées pour tous et à partir du moment où celles-ci sont lisibles et visibles dans le management au quotidien et

⁴⁶ TOURNEBISE T., les pièges de l'empathie, 2000, www.maieusthesie.com/empathie.htm, consulté le 10 juin 2010.

lors de la déclinaison des projets. C'est à ces conditions que les valeurs prescrites peuvent être porteuses de sens pour un management bientraitant.

Cependant, les contraintes nouvelles de l'hôpital et l'instabilité ressentie qu'elles génèrent ont-elles modifié le management exercé ?

2.2.2 Le management

Les définitions recueillies sont consensuelles pour les différents managers et pour les deux établissements. Ces définitions s'enrichissent les unes, les autres. Cependant il convient de distinguer les niveaux hiérarchiques :

Pour les DS (CGS ou non) la stratégie managériale « *c'est apprendre à faire confiance, bien manager c'est reconnaître les compétences des uns et des autres, être réaliste, ancré dans la réalité, c'est appréhender les problèmes* », « *c'est pouvoir conduire, mener, accompagner des hommes autour de projets, autour de la prise de décision* », « *c'est aider l'autre à être bien là où il est, aider toutes les personnes sous ma responsabilité à s'élever le plus haut possible, c'est guider les personnes, les accompagner* ».

Pour les CSS, le management c'est un « *rôle d'accompagnement et être une personne ressource pour interroger l'autre sur ses pratiques, sur ce qu'il mobilise, le sens qu'il donne à ce qu'il fait, projets, envies, ce que l'on peut mettre en place* », « *c'est accompagner, c'est aider les cadres à, c'est pas diriger, c'est laisser l'autre faire, en corrigeant les différents écarts, ne pas faire à leur place, utiliser la pédagogie de l'erreur* ».

Pour les CS, manager c'est « *animer une équipe, être à l'écoute de l'autre, laisser parler, beaucoup observer et prendre du recul pour ne pas prendre une décision trop rapide* », « *être responsable d'une équipe de soins, être dans la gestion des plannings, des risques, des conflits, être porteur de projets, être dans l'organisation, dans le réajustement* », « *j'aime bien le participatif, en sachant que j'utilise plusieurs types de management en fonction des moments, il peut y avoir du directif* », « *donner du sens au travail de l'équipe pour la prise en charge des patients, c'est fondamental, c'est le cœur du métier de cadre* ».

L'IDE, décrit le bon management, « *notre cadre, elle nous booste, elle est à côté de nous, elle nous aide* », pour la mobilisation des équipes « *elle essaie d'investir les aides-soignantes, elle motive plus, plus les personnes, elle responsabilise et évalue aussi, elle nous pose des questions, pour nous donner le sens, pour que l'on avance, pour améliorer notre qualité des soins, fait toujours des encouragements* ». La qualité de la relation managériale du cadre est bien mise en avant par l'IDE et rejoint en partie l'expression des cadres de santé (et elle est cohérente avec ce que définit le cadre de l'unité où elle exerce).

A propos des médecins, les cadres disent, « *les médecins chefs de pôle essaient de manager* ». La psychologue ajoute « *le management médical pose souvent problème, le mieux serait qu'il se rapproche du manager soignant pour travailler ensemble* ».

Le management a t'il changé et pourquoi?

Tous sont unanimes, la structuration en pôle et les contraintes économiques, obligent à une « nouvelle » posture du manager « *d'anticipation, d'action, de réaction, d'évaluation, de remise en question et de relativisation de ses propres résultats à la fois dans l'échec et la réussite* » dit le DS. Un CSS précise « *il faut être plus pointu en terme d'encadrement, sur le pourquoi, le comment on fait les choses, avant on avait moins à se questionner* ». Quant aux cadres ils disent « *faire des choix, faire des arbitrages* », « *avoir plus d'informations à traiter, des préoccupations nouvelles* », « *gérer des problèmes et faire avec* », « *faire avec ce que l'on nous donne* », « *on est plus dans une politique de production, produire, être rentable, rendre des comptes, parfois cela heurte nos valeurs [...] on a beaucoup de travail administratif et beaucoup de réunions* ». Le DG du CHU corrobore cela en évoquant « *les facteurs économiques et les contraintes fortes* » dont les cadres doivent tenir compte pour le management.

La relation managériale a évolué, le CGS du CH précise « *les relations sont plus simples, plus systémiques, plus humaines, chacun peut raisonner* », « *avant on imposait plus, aujourd'hui on utilise une démarche plus réflexive* » dit un CS, « *avant c'était plus la dictature, maintenant on essaie de nous faire réfléchir, c'est comme la pratique réflexive du nouveau programme* » explique l'IDE.

Les exigences des patients et l'évolution des professionnels ont également fait évoluer le management « *on est plus compressé* », ainsi que les nombreuses démarches projets, surtout pour deux CS, « *on est toujours en réunions, je trouve au détriment des équipes* » « *je ressens l'obligation de participer à des groupes institutionnels, je suis en pointillé auprès de l'équipe, je rate des épisodes, je ne suis pas assez présente* ».

L'évolution du contexte, apporte également du positif au management, en termes de mutualisation des ressources, d'échanges avec les autres, de mise en commun d'idées, d'informations partagées, d'entraide entre unités d'un même pôle. Pour les CS du CH « *on est davantage informée, davantage impliquée qu'avant, cela donne une ouverture plus grande* », alors qu'au CHU « *on doit toujours rendre des comptes aux autres et attendre la décision* », « *cela devrait changer mais il faut que tout le monde soit partie prenante, on a commencé mais il ya trop de résistance* » et le CSS d'ajouter « *il faut faire évoluer la mentalité et la culture* ». Bien que la structuration en pôles soit un peu plus récente pour le CH, cette organisation semble être davantage ancrée et perçue bénéfique pour les cadres de cet établissement. Surtout que le CGS du CH confirme « *on a rajouté des contraintes dans l'esprit managérial, cela ne devrait pas changer cet esprit, on a plus*

de contraintes mais dans l'esprit du management cela ne change rien, on partage ensemble les contraintes et on informe des marges de manœuvre ».

En conclusion

Les réponses sont hétérogènes et montrent que si les contraintes de l'hôpital aujourd'hui demandent aux cadres d'adopter une nouvelle posture, la perception de leur rôle de manager est personne dépendante, certains sont dans la relation managériale bien traitante, par l'accompagnement, l'écoute, la pédagogie, d'autres non.

Ainsi concernant **l'hypothèse 2**, le niveau d'acculturation à la structuration polaire semble être un élément déterminant, peut être à associer à la taille et nature des établissements. Cette hypothèse est infirmée pour le CH, et confirmée pour le CHU.

Un point de vigilance est identifié, en ce qui concerne l'éloignement ressenti des cadres de proximité du fait des nombreuses réunions auxquelles ils participent ou se sentent « obligés » de participer.

2.2.3 Prendre soin

Les différents acteurs de la chaîne managériale expriment « *la réciprocité* » comme évidente du prendre soin pour chacun d'entre eux, avec le « *entre nous* » pour les CS et l'IDE, en y ajoutant la nécessité de prendre soin de soi. Tous les CS disent que c'est eux qui prennent soin des soignants. L'écoute y est en mise en avant comme caractéristique principale, mais aussi la reconnaissance du travail et de la souffrance. La médecine du travail est citée une fois, comme partenaire pour le *prendre soin* des professionnels.

Au CHU, des difficultés s'expriment à propos « *d'un manque de communication, on ne donne pas assez de sens à ce qui se passe [...] c'est un changement culturel, cette nouvelle politique* », mais aussi sur la pression exercée par le DS sur le CSS « *il s'appuie sur nous, de manière assez forte, c'est un appui naturel, avec confiance et respect [...] c'est pas volontairement mais toute cette pression peut être maltraitante pour certains* ». Un CS dit, à propos de qui prend soin de vous ? « *Ce serait bien que cela soit le cadre sup ou le DS, en reconnaissant le travail fourni [...] montrer ce qui est fait, partager de ce qui est fait, en organisant le partage* ». Elle reconnaît que ce partage se fait un peu plus depuis l'arrivée du DS. Ce dernier dit « *il faut être attentif à toute la ligne managériale dans le sens descendant et ascendant* ». Ainsi, *prendre soin* les uns des autres s'exerce dans les deux sens pourtant le CSS dit que « *personne* » ne prend soin de lui. Les ressentis font apparaître des différences de perception. Un CS évoque une situation d'arrêt de travail où le DS a pris soin d'elle « *il m'a rassuré* » alors qu'elle a eu le sentiment « *d'avoir perdu la confiance du cadre sup, cela m'a blessé* ». Ce qui montre l'attention portée par le DS tel qu'il le dit et des non-dits dans la relation managériale du CSS, source de mal être pour le CS.

Au CH, le CGS précise « *le management contribue au bien être de la personne au travail, les relations dans l'équipe, la gestion des conflits interpersonnels, le management veille à cela [...], pour les cadres, il est important d'avoir des espaces de parole. Il existe ici un groupe d'expression sur les pratiques professionnelles qui permet au cadre de se poser et de décharger entre collègues, car quand une situation est difficile c'est pas forcément facile d'en parler à son sup et de se dévoiler [...] c'est important que pour les cadres, les CSS et le DS soient à leur écoute et qu'ils aient des espaces de parole* ». Les cadres de cet hôpital expriment la réalité de cette écoute et de la présence attentive, « *le CSS prend soin de moi, elle vient me voir tous les jours* ». Pour l'IDE « *le cadre prend soin de nous dans les limites de ce qu'elle peut, elle est à l'écoute plus, plus et c'est le CSS qui prend soin d'elle* », ce qui corrobore l'attention portée à l'Autre sur toute la ligne managériale et ce dans les deux sens.

Le CS1 du CH explique comment prendre soin des soignants, « *je prends soin d'eux en valorisant leur travail, en les reconnaissant, en les encourageant, en les félicitant et en essayant de les faire évoluer en terme de capacités et de qualités par le biais de l'évaluation* ». Le CS2 dit « *il faut savoir regarder plus loin, expliquer pourquoi on demande cela, les entendre dans leurs difficultés, réfléchir pour que la qualité du travail soit présente* » et cite Christophe Dejours⁴⁷ « *il faut réhabiliter le vivre ensemble et favoriser les moments ensemble* ». Cette attention portée par les cadres aux soignants est détaillée par 3 cadres sur les 4. L'écoute est mise en avant; une écoute qui demande du temps « *je prends du temps, je m'impose du temps* », qui demande de la disponibilité de la part du cadre mais qui permet « *d'évacuer le mal être* » et qui favorise le retour des équipes « *quand cela va, elles me le disent* ». Le CS1 du CH ajoute « *on n'est pas indifférent au mal être éventuel, il ya de l'écoute dans cet hôpital au niveau de la hiérarchie, tout agent peut être écouté et entendu* ».

2.2.4 Les risques psycho-sociaux

Tous disent que c'est un enjeu pour l'hôpital aujourd'hui. Le DS du CHU s'interroge « *ne sont ils pas liés à un défaut d'adaptation du système aux personnes ou des personnes au système ? [...] il faut que chacun soit informé et ait les connaissances suffisantes afin de mieux comprendre son rôle pour pouvoir mieux s'adapter aux situations* ». Cet avis est partagé par un CS « *il ya des fuites de personnel ou des burn out, on ne donne pas assez de sens à ce qui se passe, les équipes sont en souffrance par rapport à la nouvelle politique, on les amène pas forcément à être dans le changement avec acceptation* ». Le CSS dit « *ils ont toujours existés (les RPS) mais sont plus exacerbés du fait des difficultés qui génèrent des transgressions des valeurs des soignants en leur demandant « de travailler plus pour gagner plus » enfin pour que l'hôpital gagne plus [...]. Les*

⁴⁷ Christophe Dejours est un psychiatre et psychanalyste français, fondateur de la psycho-dynamique du travail.

personnels ne comprennent pas ces difficultés, elles savent et elles ont la pression », et sur le système il ajoute « on est passé à la gouvernance au niveau des pôles mais pas au niveau des directions, le système est trop pyramidal ».

Cette notion de système pyramidal est évoqué par le CGS du CH, mais avec une conception différente et parle de « *pyramide aplatie, la mise en pôles permet de raplatir la pyramide hiérarchique, en redonnant les décisions à la base, les bonnes idées viennent de la base, valoriser ces idées en discutant d'égal à égal, en utilisant la concertation, le fonctionnement est plus dynamique avec des gens plus impliqués, cela aide dans l'opérationnalité et augmente l'implication de chacun* ». Cette notion de pyramide aplatie est à rapprocher de la conception prônée par les hôpitaux attractifs. Nous voyons, dans ces différences de perception de la structure hiérarchique et managériale, le niveau d'acculturation polaire du CH par rapport au CHU, et les répercussions sur les ressentis des acteurs en termes d'inconfort.

Au CH, l'approche des RPS est différente, plus positive, moins dans le constat et davantage dans le champ de la prévention des risques « *si on ne travaille pas sur la qualité de vie au travail des agents, à force de tirer sur la corde elle casse* », « *ne pas nier en tout cas l'existence (des RPS), entendre* ». L'aspect vigilance, veille, pour repérer des risques possibles sont exprimés « *être vigilant au climat d'une équipe, le vécu, le climat d'une équipe dans son aspect collectif, être vigilant aux limites [...] les équipes sont peut être plus fragiles qu'avant* ». L'accent est mis par le DS sur le repérage du bien-être au travail « *avec la médecine du travail on est très à l'affût* ». Les actions correctives sont prévues et organisées « *si un cadre est en souffrance, on discute avec lui pour le faire évoluer, le faire changer de service [...] la difficulté est de repérer les compétences des cadres par rapport aux difficultés car quand un cadre est en souffrance, l'équipe l'est aussi* ». Des liens sont faits avec la qualité des soins « *les protocoles ne seront appliqués que si les soignants sont au mieux* » et le rôle du cadre de proximité « *un cadre c'est l'âme du service* », « *un cadre doit être suffisamment présent pour partager du quotidien avec son équipe, avec la vie de l'équipe, il suffit de presque rien pour que les soignants se sentent entendus dans leurs difficultés et pris en compte* ».

En conclusion

Les perceptions sont différentes entre les deux établissements.

Au CH, le prendre soin des uns des autres est réel, l'écoute, l'attention particulière portée sont développées sur toute la ligne managériale. La veille est attentive pour prévenir les RPS. Le rôle du CGS est indéniable, par sa vision humaine et anticipative, dans la prévention du mal être au travail, en collaboration avec la médecine du travail. La politique managériale de cet établissement est bientraitante.

Au CHU, les difficultés sont perceptibles, même si les intentions sont louables. Les contraintes économiques et organisationnelles semblent peser sur tous, l'appropriation du changement n'est pas effectuée. Le mal être est réel. Le prendre soin n'est pas suffisamment développé. L'influence du DS (arrivé depuis octobre 2009) par son attention portée est cependant signifiante. Ce CHU s'engage en 2010 dans une politique institutionnelle de bientraitance pour l'utilisateur et de gestion des RPS qui peut-être modifiera ces constats. Ainsi **les hypothèses 2 et 3** sont confirmées pour le CHU, infirmées pour le CH.

Au cours de ce travail de recherche nous avons pu repérer l'importance de :

- L'ambiance bientraitante promue par la direction des soins à partir de valeurs mises en action.
- Prendre et laisser du temps aux cadres pour écouter, comprendre et partager.
- La nécessaire appropriation des organisations nouvelles (moins de la verticalité, plus d'horizontalité) pour la mobilisation et le bien-être des professionnels.

Ces constats, à rapprocher des concepts définis, nous permettent d'envisager des propositions pour le développement de la bientraitance managériale.

3 Propositions pour le développement de la bientraitance managériale

L'enquête a permis de vérifier que la bientraitance managériale est un véritable enjeu pour les établissements de santé en pleine mutation. L'éthique managériale, s'appuyant sur des valeurs partagées et déclinées dans l'action, doit permettre, face aux contraintes nouvelles, de replacer l'humanité au centre des actions de tous les professionnels. Sa mise en place nécessite une politique institutionnelle.

3.1 Une politique institutionnelle managériale

Cette politique peut être déclinée lors de l'élaboration du projet d'établissement, dans un volet managérial transversal à l'ensemble des projets constitutifs afin de fédérer l'ensemble des auteurs/acteurs.⁴⁸

3.1.1 Le volet managérial du projet d'établissement

A l'instar de ce qui est préconisé par l'HAS et dans le rapport De Singly, un volet managérial, concernant tous les managers de l'établissement (médecins, directeurs, cadres de toutes filières et de tous secteurs) est à réfléchir et à construire ensemble, à l'initiative du chef d'établissement et porté par le directoire.

Réfléchir en amont à l'impact du choix des valeurs dans la politique de l'établissement est chronophage mais mobilisateur par l'explicitation des non-dits et d'incompréhensions qui peuvent freiner la mise en œuvre des projets. Se parler, échanger, au delà des logiques de chacun permet de clarifier ce qui nous rassemble dans le but d'améliorer le parcours du patient. Une charte de management éthique (bientraitance) pourrait formaliser cette réflexion collective sur des valeurs partagées et définies, et rendre visible pour tous cet engagement par un plan de communication en interne et en externe. Les établissements qui s'engagent dans ce type de démarche répondent aux critères d'évaluation de la V2010, valeurs, missions et stratégie de l'établissement.⁴⁹

L'engagement stratégique du président de la CSIRMT, en tant que membre du directoire et animateur de la DSIRMT, dans une telle réflexion transversale, est évident lors de l'élaboration de la charte comme pour son opérationnalité quotidienne sur la ligne managériale.

Afin de favoriser l'acculturation polaire et pour être opérationnelle, la déclinaison de cette charte nécessite d'être inscrite dans chaque contrat des pôles cliniques et administratifs ainsi que ses indicateurs d'évaluation. Si au regard de la culture de l'établissement, une telle charte commune n'est actuellement pas envisageable, la politique managériale doit

⁴⁸ GOGUELIN.P., Le management psychologique des organisations, pp23-24.

⁴⁹ Critère 1a

s'envisager et s'organiser par la mobilisation des binômes, responsable médical et cadre de santé, dans les unités de soins. « A coté des compétences et donc du « savoir faire », il est indispensable de provoquer un débat sur le « savoir être » et donc sur les valeurs et postures communes que doivent adopter les cadres médicaux et non médicaux. Cette politique ne peut se construire autrement que par la mobilisation des acteurs directement concernés ». ⁵⁰ En amont, la co-construction d'un tel dispositif, nécessite la collaboration des chefs de pôles, de la DRH et de la DSIRMT, pour engager et soutenir une telle mobilisation.

3.1.2 La politique de développement des compétences des cadres

La collaboration DS/DRH s'exerce entre autre dans le cadre de missions complémentaires sur la politique d'évaluation et de formation. C'est par une vision stratégique que le DS contribue à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Il participe aux modalités de développement et d'accompagnement des compétences (plan de formation continue, accompagnement de projet professionnel). Cependant il ne peut engager aucune dépense sans la validation de la DRH. C'est donc en collaboration avec le DRH qu'il assure, organise la politique d'accompagnement des futurs cadres et cadres paramédicaux⁵¹ et notamment le maintien et/ou le développement de leurs compétences managériales par la formation.

Le DS initie et formalise sa politique managériale par l'élaboration de profils de poste des cadres de santé selon les fiches métier de la fonction publique hospitalière.⁵² Dans les savoirs faire requis du métier, il explicite les compétences éthiques managériales, selon les critères de Kapstein et Whitener et la déclinaison des valeurs institutionnelles dans l'animation des équipes de soins. Il impulse et accompagne la formation initiale comme la formation tout au long de la vie des cadres paramédicaux, pour qu'au delà des capacités individuelles se développent des compétences collectives au service de la mission Soins de l'institution.

La formation initiale

Dans le cadre de la GPMC concernant l'encadrement, le DSIRMT, en collaboration avec le DRH, organise le parcours du cadre « en devenir » en incluant cette dimension managériale dans toutes les étapes du processus, que ce soit lors du repérage des potentiels que de l'accompagnement des professionnels désireux de s'inscrire dans un projet de cadre de santé. Il s'agit de les accompagner avec un préalable de positionnement dit "faisant fonction de cadre de santé ", avant même qu'ils ne se

⁵⁰ POIMBEUF C., la GRH, face à la T2A : comment concilier performances sociales et performances économiques ? , pp.29-32.

⁵¹ En référence au décret n°2002-550 du 19 avril 2002.

⁵² Fiches cadre responsable d'unités de soins et cadre soignant de pôle, répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

présentent aux épreuves de sélection organisées par les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS), afin d'appréhender leurs capacités managériales globales face aux réalités de cette nouvelle situation professionnelle.

Cette étape permet aux futurs candidats de préciser leur projet. Elle débute par un repérage des potentiels en matière de capacités organisationnelles et relationnelles. S'il est présent dans l'institution, le psychologue de la médecine du travail apporte un éclairage sur les représentations du candidat et l'accompagne dans la formalisation de son projet au regard de ses rapports au pouvoir, de ses capacités d'écoute et de prise de recul. Ce parcours « initiatique » nécessite l'organisation d'un tutorat par un cadre confirmé et l'évaluation régulière, des capacités acquises ou renforcées.

L'aptitude du cadre « en devenir » à prendre soin de l'équipe soignante, dans le respect des valeurs déterminées, est essentielle à la mise en œuvre des projets, à la qualité et à la sécurité des soins, à la prévention de la « maltraitance ordinaire » et des risques psycho-sociaux. Cette capacité est mise en avant et valorisée lors de la mesure de la progression des objectifs professionnels par le DS et le cadre tuteur. Son appropriation, par le futur cadre, avant sa préparation au concours de l'IFCS, est fondamentale.

Cet accompagnement est primordial à organiser aujourd'hui, du fait des départs à la retraite de nombreux cadres dans les années à venir et de la relative désaffection des paramédicaux pour les fonctions d'encadrement.

Afin d'aller jusqu'au bout de cette logique, le DSIRMT collabore avec les directeurs de soins des IFCS, pour organiser l'accueil des étudiants cadres en stage auprès de cadres confirmés dans le management bientraitant. Ainsi le DS avec le DRH, répondent à une des recommandations du rapport Lachmann et al. qui préconise de « *Préparer et former les managers au rôle de manager : En affirmant et concrétisant la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes ,en accompagnant systématiquement la promotion à un poste de manager d'une formation conséquente aux responsabilités sociales et humaines du manager, en investissant dans des programmes de formation de leurs managers à la conduite des hommes et des équipes, et aux comportements managériaux car les process et les outils de management ne suffisent pas.* ».

La formation tout au long au long de la vie

La formation constitue l'un des leviers majeurs pour favoriser les temps de contacts et la mise en coopération des acteurs au delà du seul cercle habituel du groupe de travail.

Le développement des compétences individuelles

Le DS organise l'entretien de formation de l'encadrement afin d'envisager la formation professionnelle continue pour « garantir, maintenir ou parfaire les connaissances et la compétence » comme le prévoit le décret n° 2008-824 du 21 août 2008. Couplé ou non à l'entretien d'évaluation, il est réalisé à partir des éléments

formalisés dans la fiche de poste afin d'identifier les compétences managériales des cadres paramédicaux.

Le DS établit, grâce à une démarche participative avec les cadres, des indicateurs pertinents d'évaluation individuelle de leurs capacités managériales. Ces indicateurs reprennent, les valeurs définies et précisent la déclinaison managériale de celles-ci, par exemple pour le respect, identifient les éléments d'un management respectueux. Ce travail permet à la fois de formaliser le management attendu et de déterminer les besoins des cadres pour les accompagner par de la formation collective en intra ou individuelle. L'inscription dans le plan formation de cet accompagnement est un acte fort de la politique du DS, en concertation avec le DRH, en matière de bientraitance managériale. Il est présenté aux partenaires sociaux à la Commission technique d'établissement (CTE) pour consultation obligatoire et à la CSIRMT pour avis dans le cadre du développement professionnel continu.

En collaboration avec les IFCS, une réflexion conjointe peut être menée sur l'accompagnement à la prise de fonction de manager et sur l'analyse des pratiques managériales. Un point clé dans le développement d'une telle politique est l'accompagnement du nouveau cadre prenant ses fonctions. Des outils, tel le rapport d'étonnement et une grille d'autodiagnostic exploratoire sur les conditions de management ⁵³ aident, le nouveau cadre (novice ou confirmé) à appréhender plus sereinement sa prise de poste en intégrant les valeurs et la culture de l'établissement.

Le développement des compétences collectives des cadres

Dans les entretiens réalisés, nous l'avons vu l'échange des cadres entre eux est plébiscité, surtout autour de thématiques liées au travail quotidien des cadres de proximité. Ce constat était déjà fait dans le rapport De Singly. Ce partage, au sein de groupes d'expression sur les pratiques professionnelles de management, est à organiser par la DSIRMT, soit par pôles, dans un premier temps pour favoriser l'acculturation polaire puis en inter-pôles pour éviter la balkanisation et l'appauvrissement des échanges. Ce partage d'expériences ne doit pas être hiérarchisé pour faciliter la parole, l'animateur peut être un cadre formé à l'animation de groupe ou un psychologue. Ces analyses de pratiques managériales favorisent les questionnements, alimentent la réflexion et engagent à une remise en question des certitudes. En effet, « *la réflexion sur l'action permet au praticien de mieux prendre conscience de son propre habitus et parfois de le faire évoluer* ». ⁵⁴ Cette stratégie du DS, s'inscrit dans une dynamique de professionnalisation des cadres pour une organisation apprenante. Cet espace de réflexion nécessite d'être organisé (thèmes abordés) afin qu'il apporte une réelle plus-value collective aux cadres et que ce temps ne soit pas au détriment de leur présence

⁵³ Annexe IV

⁵⁴ PERRENOUD P., Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation.

nécessaire dans les unités. Le repositionnement des cadres par rapport à leur rôle institutionnel « *constraint* » apparaît en effet important. La valorisation du cadre passe par la reconnaissance de son investissement managérial de proximité et pas seulement par son temps d'investissement institutionnel.

Le CGS peut également, par le biais de la CSIRMT dont il est président, proposer l'organisation d'une journée pour l'ensemble de la communauté hospitalière sur « le bien vivre ensemble au travail », qui mobilise l'ensemble des paramédicaux élus, autour d'une problématique qui les concerne tous et qui donne du sens à cette commission, dont beaucoup s'accordent à dire qu'il est difficile « de la faire vivre ».

Au delà des cadres paramédicaux, la création d'un espace management pour tous les cadres de l'établissement est souhaitable afin de poser ensemble un référentiel et une charte de management comme le montre l'expérience du CHU de Rennes.⁵⁵ De même, la mise en place d'une semaine cadre, telle que prévue en septembre 2010 par le suivi de la mission De Singly, est une opportunité pour lancer un tel dispositif. Cette organisation est à réfléchir avec le DRH, l'ensemble des directions fonctionnelles et les chefs de pôles. Selon le rapport Lachmann et al, déjà cité « *La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.* ».

3.2 Une politique qualité et gestion des risques

3.2.1 Les évaluations des pratiques professionnelles managériales

En termes d'audit institutionnel « management »

Des expériences menées par des entreprises, en termes de mise en place d'évaluation des managers de toute la ligne managériale dans une approche de type 360°, permettent de mesurer et de s'assurer du partage des valeurs managériales.⁵⁶ La démarche 360° permet une réflexion sur le style managérial d'un dirigeant ou d'une équipe à partir de la comparaison entre une autoévaluation et les différentes perceptions recueillies auprès des principales personnes de l'environnement professionnel. Tout 360° vise à améliorer les pratiques managériales, le fonctionnement de l'entité et nécessite toujours des précautions de mise en œuvre par une analyse préalable précise de la demande et de son contexte par un consultant expérimenté.

Ces évaluations nécessitent un engagement du DG et d'être porté par le directoire dont fait partie le président de la CSIRMT. La culture évaluation à l'hôpital paraît insuffisamment développée en 2010 pour de telles démarches collectives, même si la plus-value managériale est indéniable. Elles permettent de faire évoluer la culture managériale, banalisent l'habitude à se remettre en cause et visent à la performance.

⁵⁵ POIMBEUF C., op.cit.

⁵⁶ ICME., Valeurs institutionnelles, évolution des pratiques managériales.

Nous pensons que le DS a un rôle à jouer, aux niveaux stratégique, de coordination et opérationnel pour le développement de ces pratiques, complémentaires des évaluations individuelles existantes, en proposant d'être lui même évaluer ainsi.

En termes individuel d'évaluation

L'évaluation individuelle des cadres à l'hôpital, au delà de l'aspect réglementaire lié à la notation, s'appuie sur leur fiche de poste où les attendus en termes de management sont déclinés selon la charte managériale (cf. entretien de formation).

Au delà de ces attentes, d'autres d'indicateurs tels que l'absentéisme, le turn over et l'attractivité des professionnels au sein du pôle ou de l'unité peuvent renseigner le DS sur le management du CS et du CSS.

3.2.2 La prévention des risques psycho-sociaux

La gestion des risques a priori

Même si les conditions d'un management bientraitant sont remplies, il nous faut envisager un partenariat avec le gestionnaire des risques, la médecine du travail, le DRH et les partenaires sociaux dans le cadre du CHSCT. Ce travail pluridisciplinaire a pour but d'identifier des indicateurs prédictifs, et ainsi d'organiser une veille sur « *les tensions excessives, non régulées ou insuffisamment régulées [...] liées aux relations et comportements des individus* ». ⁵⁷ Cette veille organisée est indispensable pour maintenir le « bien-être » au travail. Un outil comme la cartographie des risques pourrait compléter ce dispositif, même si sa réalisation paraît complexe mais indispensable en complément du document unique « *peu significatif sur les RPS* ». ⁵⁸

La gestion des risques a posteriori

La gestion des RPS a posteriori, ne peut utiliser le circuit existant de déclaration des événements indésirables au risque de perdre des informations. L'organisation du circuit de déclaration doit être spécifique, la saisine d'un groupe constitué et pluridisciplinaire (identique à celui cité ci-dessus) garantit l'étude réelle de la criticité des événements. De même une fois la criticité avérée, l'analyse nécessite une implication de la médecine du travail pour une enquête dépassionnée, objective, afin d'envisager une décision éclairée favorisant la prévention.

⁵⁷ BERNON J., DOUILLET P., Evolution des organisations du travail et risques psycho sociaux, quelques enseignements, op.cit.

⁵⁸ Entretien président du CHSCT du CHU

Conclusion

La bientraitance est en 2010, une priorité à développer dans nos établissements publics de santé. Mme Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, en a fait une orientation forte dans son discours « garantir avec vous, un pacte solidaire de santé » prononcé à Hôpital expo en mai 2010. *« Je veux rappeler que soigner c'est indissociablement « donner un soin » et « prendre soin de ». Cette attention portée à l'autre est inhérente à l'acte de soin. Quels que soient les progrès de la technique, l'humain doit aussi rester au cœur de la santé. »*.

Nous l'avons vu ce prendre soin des usagers, ne peut se concevoir sans le développement de la bientraitance pour tous les professionnels de l'hôpital à tous les niveaux de la chaîne managériale. Le rôle primordial d'une relation managériale, faite d'écoute, d'attention portée à et respectueuse de l'autre, est à inscrire dans une nouvelle relation partagée.

Cependant pour prendre soin des autres, il est nécessaire de prendre soin de soi. Ainsi la psychologue de la cellule d'écoute du CHU définit pour les cadres les capacités nécessaires pour « être bien » et développer un management bientraitant. Elle insiste sur *« les capacités d'écoute et de prise en compte de la demande, de gérer le stress, de ne pas travailler dans l'urgence, de différer les prises de décision pour prendre le temps de l'analyse, de partager autour de la prise de décision pour ne pas être seul et se positionner, car en fait les soignants fonctionnent sur le mode une question, égal une réponse immédiate »*. Autant de compétences que les cadres managers doivent acquérir ou entretenir et que le DS doit soutenir.

Ainsi au-delà des valeurs prescrites dans les projets d'établissement, il faut aujourd'hui faire vivre le management éthique, en co-construisant ensemble de nouveaux rapports sociaux de soutien mutuel et en développant une culture de prévention du risque psycho-social pour que le travail ne soit plus source de « souffrance ».

Comme le prévoit l'article L4121-1 du code du travail, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, même si cette responsabilité incombe particulièrement au chef d'établissement, la responsabilité de tous les dirigeants est engagée, donc celle du DS.

La recherche de performance et d'efficience doit être respectueuse de l'humain dans un souci de développement durable.⁵⁹ Ainsi la responsabilité sociale des entreprises (RSE) définie comme *« l'intégration volontaire par les entreprises, de préoccupations sociales et environnementales, à leurs activités commerciales et leurs*

⁵⁹ Critère 1.b «Engagement dans le développement durable » Manuel de certification V2010.

relations avec leurs parties prenantes » (Commission Européenne, 2001) est une responsabilité pour l'hôpital. Au delà du bilan social, aujourd'hui réalisé par le DRH, il faut développer le bilan sociétal. Héritier et continuateur du bilan social, le bilan sociétal⁶⁰ est un instrument d'une nouvelle génération qui propose une vision élargie. On passe d'un bilan chiffré à un bilan qualitatif, d'une élaboration par la DRH à une étude croisée des perceptions des parties prenantes, d'une vision uniquement interne à une approche des liens de l'organisation avec ses environnements directs. Le DS doit en être partie prenante.

Nous l'avons vu, dans l'enquête réalisée, il est possible, même dans le contexte actuel de développer une politique de bienveillance managériale. Le DS doit soutenir cet axe stratégique et participer à cette politique en :

- évaluant les comportements professionnels, de manière explicite et objective, sur la base de valeurs définies et partagées, pour la reconnaissance professionnelle des cadres,
- favorisant le parcours des cadres, tant en amont de la formation initiale qu'ensuite grâce à la formation continue,
- recentrant la valorisation des cadres de santé sur leurs activités de proximité,
- inscrivant les cadres, dans une dynamique de pratiques réflexives nécessaire à la progression du collectif cadre et vers une organisation apprenante,
- suscitant le décloisonnement de l'encadrement au-delà des paramédicaux,
- proposant le rapprochement du manager médecin du manager paramédical afin que les organisations évoluent pour le bien-être au travail de tous, pour un prendre soin de qualité et sécurisé de la personne soignée,
- prenant du temps pour communiquer, pour écouter, pour comprendre, pour soutenir et ainsi participer à la prévention des risques psycho-sociaux.

Ainsi ce travail réalisé, dans un contexte d'actualité, aborde la bienveillance sous l'angle managérial. Cet aspect peu développé dans la littérature, surtout pour l'hôpital est un véritable enjeu, tant pour les professionnels que pour les usagers de nos établissements publics de santé et nous tient à cœur en tant que directeur des soins.

Bien que la bienveillance managériale puisse paraître originale et quelque peu utopique, nous pensons comme Théodore Monod⁶¹ qu'« *une utopie c'est un projet qui n'a pas encore été réalisé* », à nous de nous engager pour le développement de ce projet.

⁶⁰ Annexe V

⁶¹ Scientifique naturaliste, explorateur, érudit et humaniste français (1902/2000).

Sources et Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, Journal officiel, n° 0196 du 23 août 2008, 13285 – 13290.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°95 du 23 avril 2002.

RECOMMANDATIONS

- ANESM, juin 2008, *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre*, pp 17-36.

MANUELS

- ANAP, mars 2010, *Pilotage opérationnel des pôles*, manuel à l'attention de l'exécutif des pôles, 216p.
- HAS, juin 2009, *Manuel de certification des établissements de santé*, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins, 83p.

OUVRAGES

- ALECIAN S., FOUCHER D., 2002, *Le management dans le service public*, Editions d'organisation, 442p.
- CREMADEZ M., GATEAU F., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, Inter éditions, 2ème édition, 445p.

- DELMAS P., MAYRAND LECLERC M., 2006, *Sortir du management panique, préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, Lamarre, coll. Gestion des ressources humaines , 212p.
- ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP, 382p.
- GOGUELIN.P, 1990, *Le management psychologique des organisations*, ESF, coll.les hommes et les entreprises, 134p.
- HESBEEN W., 1999, *Le caring est il prendre soin ?* Perspective soignante, Ed. Seli Arslan, Paris, n°4, 20p.
- MISPELBLOM BEYER F., 2006, *Encadrer Un métier impossible*, Armand Colin, coll. Sociétales, 299p.
- RAWLS.J., *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987, 700p.
- SCHWEYER F-X. / éd., 2004, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Ensp, 300p.
- STORDEUR S., D'HOORE W., 2009, *Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse*, Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 241p.
- SALOME J., POTIE C., 2000, *Oser travailler heureux : entre prendre et donner*, Albin Michel, 220p.

CHAPITRE D'OUVRAGE

- REY.A., DEL.M., 2005, « Le respect, dictionnaire culturel en langue française », LE ROBERT, pp 228-229.

RAPPORTS

- COMPAGNON C., GHADI V., 2009, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé*, Etude sur la base de témoignages, décembre 2009, 97p.
- LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., *Rapport sur le bien être et efficacité au travail*, février 2010,19p.
- De SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, septembre 2009,125p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

- BINDE J., février 2005 « Où sont les valeurs ? Pour une éthique du futur », *Soins Cadres*, N°53, pp.20-23.

- BERNON J., DOUILLET P., mars 2009, « Evolution des organisations du travail et risques psycho-sociaux, quelques enseignements issus de l'approche du réseau ANACT », ANACT LYON, *Santé mentale au travail*, p13.
- BILLIER JC., février 2005, « les valeurs morales : la neutralité libérale par delà le relativisme », *Soins Cadres*, N°53, pp.16-24.
- BORGETTO M., février 2005, « Crise des valeurs et fonctionnement social, le poids et les limites de la dialectique » *Soins Cadres*, N°53, pp.6-15.
- CANNASSE S., octobre 2008, « Comment rendre un hôpital attractif », *Carnets de santé. À propos de, Organisation des soins*, pp.1-4.
- DAMON J., février 2005, « La valeur « famille » en tendances. Un modèle en évolution » *Soins Cadres*, N°53, pp.112-120.
- DEBERDT J.P., février 2005, « Crise des valeurs, valeur de la crise », *Soins Cadres*, N°53, pp.24-26.
- DELPLANQUE R., février 2005, « Théorie du don et sociologie du monde du travail », *Soins Cadres*, N°53, pp.37-38.
- GRUAT F., mars 2009, « Les valeurs en crise », *Recherche en soins infirmiers*, N°96, pp 5-7.
- ICME., avril 2010, « Valeurs institutionnelles, évolution des pratiques managériales », *Gestions hospitalières*, N°495, p211.
- LAZORTHES F., février 2005 « La démocratie dans l'horizon des valeurs ... retour à Alexis de Tocqueville » *Soins Cadres*, N°53, pp.38-47.
- PERRENOUD P., Septembre 2004, « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation », *Education Permanente* N°160, p43.
- POIMBEUF C., juin 2010, « La GRH, face à la T2A : comment concilier performances sociales et performances économiques ? », *Les cahiers hospitaliers*, pp.29-32.
- VIAL M., février 2005, « Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser », *Soins Cadres*, N°53, pp. 33-36.

CONFERENCES

- GRANIER.F, GUILLAUME.C, OSTY.C, 2003, *La métamorphose des compromis sociaux dans les univers de travail*, Forum de la régulation.
- MOISSON.V, ROQUES.O, 2005, *La responsabilité sociale face au stress professionnel*, 16^{ème} conférence de L'AGRH-Paris Dauphine.

MEMOIRE

- DEMIDENKO A., 2008, Les compétences managériales du directeur au service de l'élaboration du projet d'établissement, mémoire directeur d'établissement social et médico-social, EHESP, 62 p.

SITES INTERNET

- HIRECHE, LOREA., 2004, L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel [visité le 15 mai 2010] disponible sur internet www.agrh2004-esg.uqam.ca/pdf/Tome4/Hireche_Lorea.
- MOTAMASSIK A., L'affectivité, dans le monde du travail. [visité le 10.juin.2010] disponible sur Internet www.lavieeco.com/.../4291-l'affectivite-gere-90-de-notre-vie-sociale-et-professionnelle.html.
- NILLES.J.J Analyse de l'éthique dans la prise de décision du manager opérationnel. Etude qualitative et proposition d'une échelle de mesure. [visité le 20 mai 2010] disponible sur internet www.smia.info/files/eh93t6fz.f1_fr-1236.pdf.
- TOURNEBISE T., Les pièges de l'empathie, 2000, [visité le 10.juin.2010] disponible sur Internet : www.maieusthesie.com/.../empathie.htm.

Liste des annexes

ANNEXE I : Le guide d'entretien du CH

ANNEXE II : Le guide d'entretien du CHU

ANNEXE III : La grille d'observation des réunions et/ou des entretiens

ANNEXE IV : La grille d'autodiagnostic exploratoire sur les conditions de management

ANNEXE V : Le bilan sociétal

ANNEXE I

Le guide d'entretien semi directif au CH

Fonction ?

Depuis quand ?

Et dans l'institution ?

1. Pouvez-vous me décliner les valeurs qui sous-tendent vos actions professionnelles?
2. Quelles définitions donneriez-vous à ces valeurs ?
3. Pensez-vous que ces valeurs sont partagées ? Et si oui lesquelles ?

Par les cadres ?

Par les soignants ?

Par les médecins ?

Par les autres directeurs ?

4. Des valeurs sont énoncées dans le projet de soins ... les connaissez-vous ?

Respect, tolérance, confiance et équité ... ces valeurs s'appliquent à qui, à quoi ?

- A la prise en charge des patients
 - Aux soignants
 - Aux cadres
5. Quelle conception avez-vous du management, des cadres, des soignants ?
 6. Le management des équipes a-t-il évolué et pourquoi ?
 7. Les contraintes économiques de l'hôpital aujourd'hui modifient t'elles le management exercé ?
 8. Quels autres éléments dans l'organisation de l'hôpital aujourd'hui vous semblent modifier le management ?
 9. Les soignants s'appliquent à prendre soin des personnes soignées, qui prend soin d'eux ? Et comment ?
 10. Que pensez-vous des risques psycho-sociaux aujourd'hui à l'hôpital ? Comment expliquez-vous ces risques et quels éléments pour les prévenir ?
 11. En quoi est-ce un enjeu pour l'hôpital ?

ANNEXE II

Le guide d'entretien semi directif au CHU

Fonction ? Depuis quand ? Et dans l'institution ?

1. Pouvez-vous me décliner les valeurs qui sous-tendent vos actions professionnelles ?
2. Quelles définitions donneriez-vous à ces valeurs ?
3. Pensez-vous que ces valeurs sont partagées ? Et si oui lesquelles ?
 - Par les cadres
 - Par les soignants
 - Par les médecins
 - Par les autres directeurs
4. Des valeurs sont énoncées dans le vade-mecum ... les connaissez-vous ?

Respect, de l'Homme, de sa dignité et son intimité, du droit à la différence, de l'éthique, de la déontologie

Equité, des droits pour la personne soignée en lien avec la charte de la personne hospitalisée, des droits et obligations pour les personnels

...ces valeurs s'appliquent à qui, à quoi ?

- A la prise en charge des patients
- Aux soignants
- Aux cadres

Les valeurs du projet d'établissement citoyenneté, accessibilité, promotion de la santé, solidarité.

5. Quelle conception avez-vous du management, des cadres, des soignants ?

Le management c'est quoi ?

6. Le management des équipes a-t-il évolué et pourquoi ?
7. Les contraintes économiques de l'hôpital aujourd'hui modifie t'il le management exercé ?
8. Quels autres éléments dans l'organisation de l'hôpital aujourd'hui vous semblent modifier le management ?
9. Les soignants s'appliquent à prendre soin des personnes soignées, qui prend soin d'eux ? Et comment ?
10. Que pensez-vous des risques psycho-sociaux aujourd'hui à l'hôpital ? Comment expliquez-vous ces risques et quels éléments pour les prévenir ?
11. En quoi est-ce un enjeu pour l'hôpital ?
12. La bientraitance est un axe fort au CHU ... concernant les patients et leur entourage

ANNEXE III

La grille d'observation des réunions et/ou des entretiens

Les valeurs énoncées dans les projets de l'établissement sont-elles déclinées dans le management des réunions et des entretiens ?

Selon le Modèle de mesure de la justice interactionnelle (Moorman, 1991).⁶²

- votre superviseur a tenu compte de votre point de vue
- votre superviseur a été capable de dépasser ses préjugés personnels
- votre superviseur vous a fait un feed-back opportun sur la décision et ses implications
- votre superviseur vous a traité avec courtoisie et considération
- votre superviseur a fait attention à vos droits en tant qu'employé
- votre superviseur a pris des mesures pour se comporter avec vous d'une manière sincère

Les autres points à observer

- la qualité de la communication : celle-ci est liée au fait d'expliquer les décisions prises et de pouvoir instaurer un échange ouvert entre managers et salariés,
- le souci du bien-être des employés et la protection de leurs intérêts,
- le partage et la délégation du pouvoir,
- authentique : un manager authentique sait pourquoi il agit et quel but il poursuit, il est ainsi plus capable de résister à la pression et aux tentations,
- fiable : c'est un manager sur lequel on peut compter. Il dit ce qu'il fait et fait ce qu'il dit,
- constructif : à l'intersection des intérêts des différentes parties prenantes. À l'écoute, il est prêt à accepter la critique et à se remettre en question.

Qualités de communication

Les attentes de l'autre sont explorées ? Écoute

Silence d'écoute

Posez des questions (faire préciser)

Chercher les mots justes, Ton de voix et Ponctuation du discours

Conclure

Attitude ... Savoir « tendre la main »

Attention portée à l'autre

Sourire

⁶² HIRECHE.L L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle esquisse d'un modèle conceptuel.

ANNEXE IV

EXTRAIT de l'autodiagnostic opératoire sur les conditions de management

Cet autodiagnostic a été développé par l'APAVE et est extrait de Pilotage opérationnel des pôles, manuel à l'attention de l'exécutif des pôles, ANAP, mars 2010.

Attention, il s'agit d'un extrait, l'ensemble des items ne sont pas repris dans ce document.

Consigne : Cochez la case qui correspond à votre pratique habituelle en fonction de la graduation suivante : **1=Oui, 2=Souvent, 3=Quelque fois ,4= Non**

Equilibrer la pression d'enjeu	1	2	3	4
Sur une opération importante, un changement ou une nouveauté, j'explique le pourquoi, l'importance et la contribution attendue de chacun.				
Sur une opération importante, un changement ou une nouveauté, je prends en compte, voire j'anticipe les craintes et/ou a priori de mes collaborateurs.				
Nous avons un système de rencontres régulières qui permettent d'échanger et de faire le point.				
J'aide ou j'organise l'aide de mes collaborateurs sur ce qui est difficile ou stressant pour eux.				
Je construis des plans d'actions (préventifs ou correctifs) au vu de mes indicateurs.				
J'ai conscience des sources de pression ayant un impact sur mes collaborateurs.				
Je mets en œuvre un plan d'actions et les attitudes adéquates pour traiter les sources de stress de mes collaborateurs				
J'ai conscience que je suis sous pression et que je mets tout en œuvre pour ne pas reporter ce stress sur mes collaborateurs				
Faire grandir – Déléguer	1	2	3	4
J'organise des relais internes de transmission de savoir-faire au sein de mon équipe.				
Quand je délègue une tâche, mon suivi est sur :				
o L'organisation				
o La technique				
o Les aspects humains et la communication				
J'encourage les réussites et les progrès.				
J'ai le réflexe d'aider mon collaborateur /mon équipe à capitaliser sur ses/leurs erreurs.				
Je fais prendre conscience à mon collaborateur de ses points de manque et je le fais travailler sur ses axes de progrès.				
Je donne le droit à l'erreur à mes collaborateurs.				
Mesurer et donner les moyens de se rendre compte	1	2	3	4
Les missions et responsabilités de mes collaborateurs sont définies				
Je prépare et pratique l'entretien annuel pour chacun de mes collaborateurs				

Donner du sens	1	2	3	4
Quand je communique, je donne les objectifs et les résultats à atteindre				
J'explique systématiquement les enjeux et l'utilité d'une action /décision à mes collaborateurs				
Je communique sur le projet d'entreprise /service /équipe, sa politique, ses priorités et ses valeurs.				
J'ai conscience des éléments qui vont motiver mes collaborateurs à s'approprier la décision				
Je suis exemplaire dans la mise en application de la décision ou la consigne				
Communiquer et fédérer	1	2	3	4
Je suis vigilant sur ce que je dis, comment je le dis et à qui je le dis				
Nous partageons des moments de partage et de convivialité				
Nous avons des temps de partage sur le métier/ notre projet d'équipe.				
J'ai la volonté de développer du plaisir dans la réalisation de l'action /projet chez mes collaborateurs.				
J'énonce régulièrement les points sur lesquels mes collaborateurs peuvent compter sur ma compréhension et ma solidarité et je les respecte				
Face aux difficultés, je suis disponible et solidaire et encourage à la solidarité au sein de l'équipe				
Valoriser et mettre en confiance	1	2	3	4
Je connais les points à valoriser et la façon de les valoriser pour chacun de mes collaborateurs				
Je sais exprimer pourquoi je suis satisfait à mon collaborateur (faits, utilité pour l'équipe, progrès..)				
Je sais dégager le positif d'une situation d'échec ou d'une réussite facile				
Je montre de l'intérêt pour mon collaborateur				
Je fais preuve de conviction quand je valorise				
J'exprime ma satisfaction, je complimente, j'encourage				
Je fais raconter les faits et ses impressions à mon collaborateur				
Mon aptitude à valoriser ne dépend pas de mon humeur ou de mon niveau de relation avec l'individu				
Développer de l'exigence et de l'autorité	1	2	3	4
Je définis un cadre : des exigences clés, utiles et des règles autour de :				
o La technique				
o Les méthodes				
o Les comportements individuels				
o Les valeurs				
o Le fonctionnement du groupe				
Je suis vigilant sur l'application des exigences clés				
Je suis exemplaire				
Je suis vigilant à adapter dans le temps les règles utiles et indispensables au bon fonctionnement du groupe				
J'ai une attitude constructive en situation de recadrage				

ANNEXE V

Un des enjeux essentiels de la RSE est aujourd'hui la prise en compte de l'ensemble des parties prenantes qui permet d'évaluer les implications réelles d'une entreprise dans son environnement économique, social et environnemental. Dans ce sens, le Bilan Sociétal est un facteur d'innovation en matière de responsabilité sociétale.

15 critères d'évaluation	
Activité	Rapport entre l'occupation observée et les potentialités offertes par les ressources humaines et les équipements.
Citoyenneté et participation internes	Capacité de l'organisation à promouvoir la démocratie interne et à construire sa gouvernance.
Citoyenneté externe	Modes de comportement avec les acteurs de l'environnement immédiat visant à œuvrer dans un intérêt commun ou général. Mode de comportement avec les partenaires économiques externes visant à œuvrer dans un intérêt commun.
Compétitivité	Capacité à faire face à la concurrence en s'adaptant aux évolutions du marché.
Convivialité	Capacité à entretenir des rapports positifs entre les personnes (ambiance, relations...).
Créativité et esthétique	Capacité d'innovation, de développement de nouvelles idées. Capacité à fournir une qualité visuelle visant à l'harmonie des formes et des couleurs.
Efficacité – efficience	Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs prévus. Rapport entre les résultats obtenus et les moyens ou ressources utilisées.
Employabilité et développement des compétences	Capacité à développer des compétences individuelles et collectives et à fournir un potentiel d'emploi à chaque salarié.
Éthique	Capacité à respecter des valeurs ou des engagements auxquels l'organisation adhère.
Précaution et prévention	Capacité à prévenir les risques encourus par les personnes, les biens et l'environnement naturel.
Satisfaction	Capacité de réponse aux attentes des consommateurs et/ou salariés dans leur travail.
Sécurité – santé	Degré d'exposition aux risques encourus par le personnel, les clients et les tiers.
Solidarité	Capacité de l'entreprise à l'assistance, à l'intégration de publics prioritaires et au soutien à des actions sociales et humanitaires.
Utilités sociale et collective	Capacité à fournir un service ou produit répondant à un besoin peu ou mal satisfait.
Viabilité	Capacité de l'organisation à assurer seule sa longévité et sa pérennité.