



EHESP

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : 2012

Date du Jury : **Décembre 2012**

**MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE :
REDUIRE LES TENSIONS ORGANISATIONNELLES POUR
AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL**

WILLEMOT Isabelle

Remerciements

A l'ensemble des professionnels qui ont accepté de me consacrer une partie de leur temps et qui m'ont apporté leur concours pour faire aboutir ce travail de recherche

A Isabelle MONNIER et Mathias WAELLI qui m'ont accompagné avec beaucoup de justesse et de disponibilité dans l'élaboration de ce travail de recherche

A Jean-René LEDOYEN, responsable de filière et à toute l'équipe pédagogique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour la qualité de leur enseignement et leurs conseils

A mes maîtres de stage, Christophe SEBERT et Claude DECROCK pour avoir guidé mes premiers pas dans la fonction de directeur des soins

A mon tuteur de positionnement, Jean Claude VALLEE pour son professionnalisme et son accompagnement individualisé

A l'ensemble de mes collègues de la promotion « Simone VEIL »

A mes précieuses amies :

Monique pour son aide et sa bonne humeur

Marion pour son soutien et son écoute attentive

A ma douce famille pour ses encouragements, sa patience et sa compréhension

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION DE TRAVAIL COMPLEXE.....	3
1.1 Cadres de santé, une fonction exigeante et indispensable	3
1.1.1 Historique d'une activité exercée sous autorité médicale.....	3
1.1.2 Une composante bipolaire dans le management	4
1.1.3 Un métier en tension dans des établissements de santé en mutation.....	5
1.2 Un manager à la frontière des risques psycho sociaux.....	6
1.2.1 Une politique de gestion des risques réglementée.....	7
1.2.2 Facteurs organisationnels à l'origine des RPS.....	8
1.2.3 Le stress, un état de tension important	9
1.2.4 La souffrance au travail, une forme aggravée du stress.....	11
1.3 Une contrainte paradoxale dans l'organisation hospitalière	12
1.3.1 Une organisation de travail trop étroite pour les cadres de santé.....	12
1.3.2. Des contraintes qui s'imposent aux équipes d'encadrement	14
1.4 Directeur des Soins, un acteur essentiel de l'équipe de direction	15
2 IMPACTS DES DETERMINANTS ORGANISATIONNELS SUR LES EQUIPES D'ENCADREMENT	17
2.1 Contexte de l'étude	17
2.2 La Fonction d'encadrement évolue et se complexifie.....	19
2.2.1 Cadre de santé, une fonction administrative	19
2.2.2 Des facteurs organisationnels à l'origine de tensions au travail	22
2.3 Une organisation médicale qui « dissipe » le travail des cadres de santé.....	24
2.3.1 Des cadres de santé face à des logiques hospitalières divergentes	25
2.3.2 Une organisation hospitalière qui engendre une charge mentale importante	27
2.4 Des organisations figées et complexes pour les cadres de santé	29
2.4.1 Objectivation et prise en compte des contraintes.....	29
2.4.2 Des organisations de travail qui doivent évoluer	31

3 LE DIRECTEUR DES SOINS DANS LA REDUCTION DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES S'IMPOSANT AUX CADRES DE SANTE.....	35
3.1 Un pilotage stratégique des organisations de travail	35
3.1.1 Optimiser les organisations afin de les rendre moins contraignantes	35
3.1.2 Harmoniser les organisations médicales et paramédicales	37
3.1.3 Instaurer une fonction d'infirmière coordinatrice dans les services de soins ..	37
3.2 Une politique de communication performante	39
3.2.1 Favoriser une organisation hospitalière qui garantit les échanges.....	39
3.2.2 Organiser des lieux de réflexion professionnelle	40
3.3 Un management opérationnel pour la conduite du changement.....	43
3.3.1 Mettre en place une dynamique positive entre le DS et les CS	43
3.3.2 Aider les CS dans l'acculturation de la nouvelle gouvernance	44
3.4 Une posture managériale du directeur des soins à affirmer.....	45
3.4.1 Une position plus soutenue du DS avec le président de CME	45
3.4.2 Une présence du DS leadership sur le terrain	46
CONCLUSION	49
Sources et Bibliographie	51
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
ANAP	Agence Nationale d'Appui et de la Performance
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre de Santé Supérieur
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COCT	Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail
DARES	Département des Affaires Régionales, de l'Economie et de la Santé
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DRT	Direction des Relations au Travail
DS	Directeur des Soins
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PRE	Plan de Retour à l'équilibre
PST	Plan Santé au Travail
RPS	Risque Psycho Social ou Risques Psycho Sociaux
SMPS	Syndicat des Managers Publics de Santé
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification A l'Activité
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

Les hôpitaux sont des lieux d'excellence dans la prise en charge des patients mais aussi des lieux de vie pour les professionnels qui y travaillent. Cette activité humaine est synonyme de bien-être et source de plaisir, de reconnaissance et facteur d'accomplissement personnel. Le travail est aussi un lieu de tension, qui devient parfois source de mal-être et de souffrance.

Dans les établissements de santé, les équipes d'encadrement ont une position qui les expose particulièrement aux différentes tensions au travail, facteurs de stress et de souffrance. Leurs conditions d'exercice sont difficiles dans un contexte économique et sociétal en profonde mutation. D'une part, le domaine de la santé évolue et l'hôpital est maintenant interpellé sur des défis liés à sa compétitivité, aux exigences sociales et réglementaires mais aussi sur les attentes plus prégnantes de l'usager. La gestion d'équipe et d'unité s'intensifie alors pour les cadres de santé. Et d'autre part, bien qu'ils soient accablés par ces nombreuses difficultés, la nouvelle gouvernance se met en place et induit de nouvelles formes de tension sur le travail des cadres de santé. Nous leur demandons d'entrer dans une démarche de projet rigoureuse et d'acquiescer un positionnement polaire, ce qui les éloigne de leur rôle de proximité. Cette double contrainte organisationnelle les déstabilise alors dans leurs activités au quotidien et génère de la souffrance au travail.

Pourtant, l'épanouissement professionnel des cadres de santé est une condition au bon fonctionnement des unités de soins, d'une prise en charge de qualité du patient et d'un équilibre budgétaire. Nous avons pu constater, dans notre expérience en milieu hospitalier, les conséquences d'un cadre de santé en mauvaise forme psychologique : une fragilité de son équipe mais également des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. Le Directeur des soins, en influence directe sur les cadres de santé, se doit donc de connaître et de prendre en compte les contraintes qui s'imposent à ces équipes.

D'ailleurs, le rapport Lachmann, Pénicaud et Larosse sur le bien-être et l'efficacité au travail notifie que « les hommes constituent la principale ressource stratégique de l'entreprise. La responsabilité des dirigeants est primordiale pour définir et mettre en

œuvre une véritable politique de santé en repensant les modes de management, d'organisation et de vie au travail »¹.

C'est pourquoi, par ce travail de recherche, nous souhaitons réfléchir plus avant sur les contraintes organisationnelles qui nuisent aux équipes d'encadrement. Nous nous intéresserons à la fois aux cadres de proximité et aux cadres supérieurs. Pour cela, nous avons choisi de travailler sous l'angle de l'organisation du travail défini par Y. CLOT. En effet, selon lui, il nous faut nous saisir de la question des déterminants organisationnels pour en « finir avec les Risques Psycho Sociaux ».

Le stress, premier Risque Psycho Social, apparaît lorsque le professionnel se trouve sous tension au sein de l'organisation. C'est donc sous cette approche sociologique que nous avons souhaité travailler.

Ainsi il nous semble légitime de nous demander :

« Qu'est-ce qui dans l'organisation hospitalière affecte le travail au quotidien des cadres de santé ? »

La première partie de cette étude, théorique et conceptuelle, s'appuie sur une recherche documentaire et bibliographique. Elle s'attachera à préciser par une approche sociologique, les concepts de management et de contraintes organisationnelles qui impactent actuellement les équipes d'encadrement en milieu hospitalier. La deuxième partie sera consacrée à l'exploitation et l'analyse d'un travail d'enquête qui donnera la parole aux Cadres de santé et aux Directeurs des Soins par des entretiens semi-directifs. Enfin, la dernière partie de ce travail permettra, à la lumière de l'analyse, de formuler des propositions d'action pour permettre au Directeur des Soins de réduire au mieux les contraintes paradoxales qui s'obligent aux cadres de santé dans l'organisation hospitalière actuelle.

¹ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, *rapport sur le Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Paris, p.6

1 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION DE TRAVAIL COMPLEXE

1.1 Cadres de santé, une fonction exigeante et indispensable

1.1.1 Historique d'une activité exercée sous autorité médicale

Les cadres de santé ont été appelés autrefois surveillants, majors, infirmiers chefs. Cette fonction d'encadrement, essentiellement féminine, a d'abord été tenue par des religieuses.

Dès les premiers hôpitaux, une partie des sœurs s'est rapidement différenciée en assurant l'intendance et la vérification des normes. Cela démontre l'utilité de la fonction. On les nommait alors « sœurs supérieures ». Le dévouement de ces femmes animées d'un esprit religieux, les plaçait cependant dans une position ambivalente, celle de s'occuper des pauvres, des malades mais aussi celle de gestionnaire des services, de la cuisine, de la lingerie etc. Cette fonction s'est ensuite laïcisée au cours du XX^{ème} siècle. Mais lorsque Paule BOURRET nous trace l'historique de la fonction dans son ouvrage, elle nous précise que les médecins se sont d'abord opposés à cette laïcité, puis à la formation de ces gestionnaires. « Cette fonction de surveillante s'apparente à une fonction de domestique pour laquelle il n'y a pas lieu de s'entourer d'un personnel formé, tant la tâche à acquitter est simple et naturelle chez les femmes. »² Les religieuses poursuivent donc dans les hôpitaux français leurs fonctions d'encadrement. Les laïques sont à la marge en terme de salaire et soumises également aux obligations religieuses. En 1943, un décret officialise la fonction sous une double autorité, celle du Directeur et du Médecin chef mais c'est surtout sous le pouvoir médical que cette fonction exercera. Par ailleurs, il faut préciser qu'aucune formation spécifique à l'époque n'est prévue. C'est ainsi que Paule BOURRET nous dit « sans grande visibilité sociale, cette catégorie a contribué aux évolutions de l'hôpital ».³

L'histoire des cadres de santé connaît une évolution importante à partir des années 1960. Cette période se caractérise par un développement de l'activité des hôpitaux qui se modernisent rapidement. Leur fonctionnement traditionnel est remis en question par une technicisation et une spécialisation des services. Cette complexification médico-technique entraîne ainsi une répartition du travail entre les catégories de professionnels, ce qui génère un besoin de coordination entre les unités. Les fonctions d'encadrement évoluent

² BOURRET P., « Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible », Ed. Séli Arslan, 2006, p.11

³ Ibid. p.27

alors. Puis le décret du 18 août 1995 a créé un diplôme de cadre de santé qui est venu remplacer les certificats. Dès lors, il y a eu un élargissement de la formation à l'ensemble des professions paramédicales.

Dans ce travail, sous le vocable de « cadres de santé », nous associerons les cadres supérieurs. En effet, même si leur fonction est différente, ils doivent tous deux se situer et évoluer dans des organisations mouvantes. Ainsi le management de proximité se définit davantage comme un cadre de terrain, maniant l'opérationnel et le court terme. Il s'agit d'organiser le service, de gérer une équipe ou encore de vérifier que les attendus soient atteints au quotidien. Le management supérieur est plus politique et stratégique. Il se retrouve principalement dans le moyen terme comme l'accompagnement des cadres de proximité, la supervision des unités et le suivi du projet de pôle. Cependant, ils se doivent de faire face ensemble aux mêmes contraintes techniques, organisationnelles et sociologiques.

1.1.2 Une composante bipolaire dans le management

Le management, selon THIETART, se définit comme « action ou art ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, s'applique à tous les domaines d'activité de l'entreprise ». ⁴ C'est donc une fonction de pilotage mais qui s'inscrit dans une organisation, dans des jeux d'acteurs sociaux. MINTZBERG définit le management ainsi : « c'est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou du moins de la guider » ⁵. Cette définition considère le manager au sens sociologique. Manager est donc un métier, un ensemble d'activités qui consiste à conduire un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun.

Le cadre de santé doit donc mobiliser les acteurs de soins dans une composante organisationnelle. Sa mission ne se résume pas à l'exécution et au contrôle mais il se doit d'articuler ses actions avec les projets institutionnels et notamment les projets de soin et d'établissement.

Pour les équipes d'encadrement, il s'agit donc de travailler dans un même temps sur deux volets. D'une part, l'opérationnel est indispensable. Il consiste au management des

⁴ THIETART R-A, 2004, « Que sais-je ? Le management », Presses Universitaires de France, Paris, p.13

⁵ FRIEDBERG E, CROZIER M, « l'acteur et le système », Ed du Seuil, Collection Points, 1997, p.44

hommes et des moyens pour le bon fonctionnement des activités dans les unités de soins. D'autre part, un niveau stratégique est nécessaire. Il s'exprime en la conduite de projets, en lien avec les valeurs et politiques institutionnelles.

Le manager doit donc faire face à une charge de travail et une charge mentale importantes rendant son travail difficile et complexe.

1.1.3 Un métier en tension dans des établissements de santé en mutation

Aujourd'hui, le cadre de santé, véritable chef d'orchestre, occupe une place majeure dans l'équipe de soins et auprès des usagers. C'est très souvent une personne engagée et consciencieuse. Pourtant, les restructurations se multiplient à l'hôpital et l'incertitude de l'avenir liée à ses changements interroge et angoisse les équipes de cadres.

Ainsi, les modalités d'application de la nouvelle gouvernance définies dans l'ordonnance du 2 mai 2005 modifient considérablement le travail et le rôle des cadres de santé. Ses missions évoluent et au quotidien, il se voit assurer des missions de suivi et d'évaluation afin d'encadrer budgétairement les dépenses hospitalières. La tarification à l'activité (T2A) est le financement actuel des établissements de santé français. C'est un cadre unique de paiement des activités hospitalières. L'allocation de ressources des hôpitaux est donc conditionnée sur la nature et le volume des activités. Les cadres de santé doivent donc accroître la productivité des services mais ce point de vue financier ne peut se faire qu'en prenant en compte les autres objectifs : qualité et sécurité des soins, confort du patient, conditions de travail satisfaisantes. Par ailleurs, les cadres de santé sont amenés à prendre de nouvelles responsabilités dans la gestion interne des hôpitaux. Ils s'engagent à présent dans le trio managérial de pôle, garant d'une contractualisation avec le directeur d'établissement.

Devant les réformes à mettre en œuvre et les changements réguliers à impulser, nous entendons régulièrement les cadres témoigner d'une perte de sens au travail. « Ils évoquent une perte de repères dans la grande institution qu'est l'hôpital. Modification permanente des règles, directives qui se succèdent, changement de rôles... Quand cela change trop vite, on perd la direction. La perte du sens au travail est un important facteur de risque psycho-social. On note aussi un vécu de manque de reconnaissance et de prise en compte du travail réalisé. »⁶

⁶ SYNDICAT DES MANAGEURS PUBLICS DE SANTE, 2011, *Etude sur les conditions d'exercice des manageurs publics de santé*, p.93

C'est ainsi que le périodique « Le monde » du 24 janvier 2012 a publié un article s'intitulant « la dégradation du travail a gagné les cadres ». ⁷ Il est vrai que les équipes d'encadrement ont beaucoup de mal à se projeter, surtout lorsque l'avenir est tributaire de financements qui dépendent eux même de l'activité. De plus, les normes et législations évoluent. La loi du 4 mars 2002 oblige à davantage de prise en compte des attentes des usagers. Le patient souhaite plus de communication, plus de disponibilité, plus d'attention. Et les équipes d'encadrement doivent y répondre et accompagner leurs équipes dans ses obligations. Par ailleurs, les prises en charge médicales se diversifient, se complexifient et des complémentarités, coopérations se mettent en place. Tout ceci demande également aux cadres de santé de s'adapter, d'avoir des interlocuteurs multiples et parfois de s'articuler autour des divergences de culture.

Globalement, « Etre cadre de santé, c'est assurer du lien. Il s'agit d'une mission noble, ambitieuse et vraisemblablement plus que jamais difficile. En effet, cette mission inhérente au métier même de cadre est devenue plus complexe. Paradoxalement, l'usage des outils mis en place sous couvert de rationalité engendre des contradictions et des incohérences multiples dans le système hospitalier. Si le travail d'articulation est indispensable pour l'atteinte de la performance, il est peu visible, disqualifié, dénié par tous, y compris par les cadres qui le réalisent. » ⁸

Le management repose donc sur un niveau de responsabilité qui s'intensifie avec la nouvelle gouvernance. Cependant, son champ d'actions et son périmètre d'intervention sont mal définis dans une organisation hospitalière qui bouge. Cette réflexion nous amène alors à nous poser la question des risques engendrés par cet état de tension important.

1.2 Un manager à la frontière des risques psycho sociaux

Les Risques Psycho Sociaux (RPS) se révèlent être un enjeu majeur en terme de santé publique. En effet, d'une part, des faits divers dramatiques touchant des professionnels d'encadrement nous rappellent régulièrement que les RPS constituent désormais une priorité en termes de prévention. D'autre part, c'est un problème qui touche toute l'Europe. Selon l'étude de 2007 de la fondation de Dublin sur les conditions de travail, « 22% des salariés européens estiment que leur santé est affectée par des problèmes de

⁷ MEDA D., 24 janvier 2012, « Le Monde », dossier « *la dégradation du travail a gagné les cadres* », p. 4-5

⁸ BOURRET P., op.cit. p.267

stress au travail »⁹. En 2002, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a montré que « le coût du stress d'origine professionnelle représentait environ 20 milliards d'euros par an dans l'Union Européenne ».¹⁰

En France, l'enquête périodique « conditions de travail » de 2005 du Département des Affaires Régionales, de l'Economie et de la Santé (DARES) exprime qu'« 1/3 des travailleurs déclare vivre des situations de tension dans leurs rapports avec leurs collègues ou la hiérarchie ».¹¹

Les RPS constituent donc un risque majeur pour la santé des professionnels et notamment pour le personnel d'encadrement. Ils se définissent comme une atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement moral, épuisement professionnel, détresse psychologique... Leurs conséquences sont importantes avec notamment des inaptitudes au travail, des désorganisations dans le fonctionnement des services et des coûts financiers. Même si ces derniers sont plus rarement évoqués, il constitue un argument en faveur des mesures de prévention puisqu'ils pénalisent ainsi la performance dans les hôpitaux. C'est cette importance du phénomène et son impact tant sur l'économie hospitalière que sur la santé individuelle du professionnel qui a abouti à l'instauration d'un cadre légal.

1.2.1 Une politique de gestion des risques réglementée

Dès 2002 avec la loi de modernisation sociale, le législateur prend en compte l'importance croissante du risque psychologique au travail et étend le champ de responsabilité de l'employeur à la santé mentale de ses employés en plus de leur santé physique. Il est ainsi de la responsabilité de l'employeur d'assurer la santé et la sécurité de son personnel. A cet effet, le décret du 5 novembre 2001 porte création du document unique. Il permet d'identifier les risques physiques et psychosociaux de l'hôpital afin d'y pallier grâce au programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. La circulaire du 18 avril 2002 rappelle que « ce programme est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention qui font suite à

⁹ FOCUS RH, Fondation de Dublin : 4^{ème} enquête sur les conditions de travail en Europe, disponible sur Internet : <http://www.focusrh.com/strategie-ressources-humaines/attirer-fideliser-salaries/a-la-une/fondation-de-dublin-quatrieme-enquete-sur-les-conditions-de-travail-en-europe.html>

¹⁰ AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL, le stress, disponible sur Internet : <http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index.html>

¹¹ DARES, Conditions de travail, disponible sur internet : www.travail-solidarite.gouv.fr/rubrique-statistiques/conditions-de-travail

l'évaluation des risques. »¹² L'employeur doit donc transmettre et mettre à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des agents. Les risques doivent être hiérarchisés et des actions seront préconisées pour prévenir, réduire ou encore supprimer les risques identifiés. Plus précisément, ce document doit définir les postes occupés et les techniques de travail mises en œuvre pour garantir un meilleur niveau de protection de la santé de l'ensemble du personnel, y compris des équipes d'encadrement. Le document unique est ensuite réévalué annuellement ou lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène, de sécurité ou les conditions de travail. C'est donc un outil qui permet de recenser les causes des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), des RPS et de l'usure professionnelle.

Au niveau européen, les partenaires sociaux ont défini le stress au travail dans l'accord cadre du 8 octobre 2004. Les organisations syndicales des salariés et employeurs français ont transposé cet accord en signant, le 2 juillet 2008, un accord national interprofessionnel. Ce dernier a pris une ampleur médiatique à la suite d'événements survenus dans de grandes entreprises. Il s'en est alors suivi un plan d'urgence arrêté le 9 octobre 2009 par le Ministre du travail.

Un deuxième Plan Santé au Travail (PST) 2010 – 2014 a été présenté par le Ministre du travail lors du conseil des Ministres du 28 octobre 2009. Il intègre des éléments du plan d'urgence et vise à développer une politique de prévention active des RPS.

Globalement, nous pouvons voir l'amélioration des conditions de travail comme un véritable levier pour la gestion des ressources humaines. En effet, en réduisant le stress et la souffrance professionnelle, nous pouvons améliorer l'efficacité au travail et limiter l'absentéisme qui génère des dysfonctionnements, des surcoûts et pénalise la qualité des soins et les conditions de travail du personnel présent.

1.2.2 Facteurs organisationnels à l'origine des RPS

Plusieurs facteurs lorsqu'ils sont subis dans la durée, individuellement ou collectivement, sont susceptibles de générer des contraintes et des RPS. Toujours selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, ils peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

¹² Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016, p 9

- L'organisation du travail et ses exigences : surcharge de travail, facteurs environnementaux, utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité professionnelle, monotonie, pas assez d'autonomie, injonctions contradictoires, absences d'objectifs...
- La prise en compte des valeurs et attentes des salariés vis-à-vis de leur travail, de la gestion des ressources humaines : manque de sens, de compétences, décalage avec les valeurs personnelles, conflits d'éthique...
- Le management et les relations de travail : les difficultés relationnelles avec les collègues, la hiérarchie, les professionnels, le manque de reconnaissance, une rémunération insuffisante...
- Le vécu difficile des changements : stratégie mal définie, mauvaise santé économique de l'établissement, incertitude sur l'avenir de l'hôpital, nouvelles technologies, restructurations, nouvelles exigences du patient...

Enfin, se préoccuper des risques psychosociaux, c'est interroger les organisations du travail. Ce domaine concerne pleinement les équipes d'encadrement et les directions.

Le terme de RPS se définit par le stress, la souffrance au travail, les violences qu'elles soient internes ou externes à l'établissement, le harcèlement moral (appelé également mobbing) et l'épuisement professionnel (appelé "burn-out" par les anglo-saxons). Cependant, dans ce travail de recherche nous nous limiterons au stress et la souffrance au travail, considérant les autres risques comme marginaux pour les cadres de santé.

1.2.3 Le stress, un état de tension important

Le mot stress appartient au vocabulaire de la psychologie de la santé. Il trouve ses origines en latin : « stringere » ou « stressus ». Il signifie oppression et étroitesse. Il est défini comme un processus d'envahissement émotionnel, faisant suite à une pression externe ou interne, ressentie comme une tension.

L'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail parle de stress au travail lorsqu'il existe un déséquilibre entre la perception d'une personne à des contraintes que lui impose son environnement professionnel et l'impression de ses propres ressources pour y faire face.

De plus, le stress s'amplifiera lorsque la personne n'a aucune reconnaissance voire qu'elle est dévalorisée par sa hiérarchie ou son entourage professionnel. En clair, l'effort que fournit l'individu va s'effacer par la sensation que son travail est reconnu et mis en valeur. La récompense attendue n'est pas seulement matérielle, une rémunération, mais aussi sociale, la reconnaissance personnelle, professionnelle ou encore symbolique c'est-à-dire le sens donné à l'effort. Cette gratitude est donc essentielle à la construction de l'identité personnelle et professionnelle du cadre de santé. Elle concourt également à une estime de soi valorisée, facteur protecteur en matière de santé.

NASSE et LEGERON en 2008 ont identifié le stress comme le premier risque psychosocial¹³. Parmi les secteurs d'activités particulièrement à risque de stress, le secteur sanitaire se trouve identifié. A l'hôpital, cet état de tension que ressent le cadre de santé au travail s'inscrit bien souvent dans le temps. Au fil des jours, le stress s'installe et va s'exagérer. C'est ainsi que l'organisme est envahi d'hormones activatrices de divers symptômes : hypertension, sueurs, migraine, anxiété, troubles du sommeil, de l'appétit, maux d'estomac... Le Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS) a d'ailleurs écrit dans une étude sur les conditions d'exercice des managers « les trois quarts des managers publics de santé hospitalière sont confrontés à un niveau de stress extrême. »¹⁴ Et nous pouvons confirmer avec notre expérience professionnelle que nous avons tous subi à des moments donnés une pression contraignante et stressante.

La littérature distingue le stress aigu et le stress chronique. Cependant, lors d'un colloque à Lille de l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) du Nord – Pas de Calais, le chargé de mission, Xavier POUPART, a souligné que le « bon stress » n'existe pas, il n'aurait jamais constitué un élément d'efficacité en terme de management.

Pour comprendre les relations entre l'intensification du travail, le stress et ses effets sur la santé, KARASEK a élaboré un modèle complété ensuite par JOHNSON (1989)¹⁵. L'intérêt de ce modèle est « de nous montrer que les conséquences sur la santé dépendent de l'interaction entre la demande psychologique, le degré d'autonomie ou latitude décisionnelle et le soutien social dont dispose le travailleur ainsi que les stratégies de gestion du stress utilisées :

¹³ NASSE P., LEGERON P., 2008, *rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Paris, 42 p. disponible sur internet : <http://www.solutions-anti-stress-au-travail.com/rapport-nasse-legeron.html>

¹⁴ SYNDICAT DES MANAGERS PUBLICS DE SANTE, op. cit. p.10

¹⁵ « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention » documents pour la médecine du travail, n°106, 2^{ème} trimestre 2006

- La demande psychologique est évaluée par la quantité de travail, son intensité et son caractère plus ou moins morcelé, tels qu'ils sont ressentis par les salariés.
- La latitude décisionnelle renvoie aux marges de manœuvre dont le salarié estime disposer sur les prises de décisions dans son travail, aux possibilités d'utiliser et aussi de développer ses compétences.
- Le soutien social décrit l'aide dont peut bénéficier le salarié, de la part de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues.

Lorsqu'on rencontre une demande psychologique forte associée à une autonomie faible et un support social réduit, on augmente considérablement les risques d'impacts négatifs sur la santé du travailleur. Cette situation est exprimée par KARASEK sous le terme de "job strain" ou tension au travail. Inversement un travailleur soumis à une demande psychologique mais disposant d'une forte autonomie et d'un soutien social ne verra pas sa santé altérée. »¹⁶

Au final, ces définitions institutionnelles de RPS et stress au travail nous apportent un éclairage centré sur l'individu. Il convient, en effet, de prendre en compte ce caractère subjectif, même s'il relève de la perception propre de chaque personne. Cependant, nous privilégierons, dans notre travail, l'approche environnementale et organisationnelle développée par Y. CLOT. Cet aspect sera amplement développé après la définition de souffrance au travail.

1.2.4 La souffrance au travail, une forme aggravée du stress

Nous avons choisi de définir la souffrance selon C. DEJOURS. En effet, il décline ce concept sous l'angle de la réalité du travail et part du postulat que l'activité professionnelle se situe toujours entre la souffrance et le plaisir. Ensuite, il défend la thèse que les professionnels souffrent mais ne l'expriment pas. Les français accepteraient les contraintes au travail, même s'ils ont conscience de mettre à mal leur santé. Cette approche nous a semblé très intéressante pour la catégorie professionnelle que nous étudions, les cadres de santé.

¹⁶ DANOS JP, les risques psychosociaux, Les Etudes Hospitalières, FORMATION, 2011, Page 12

La souffrance au travail est une forme amplifiée de mal-être ou de stress qui engendre des troubles anxio-dépressifs en lien avec le travail et les contraintes organisationnelles et sociales. Le professionnel a alors l'impression que le niveau de dégradation atteint ne peut plus évoluer positivement.

C'est l'insatisfaction au travail qui engendre le plus une souffrance mentale. « Cette souffrance commence quand l'homme au travail ne peut plus apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques – c'est-à-dire quand le rapport homme travail est bloqué. »¹⁷

Et « même lorsqu'elle est intense, la souffrance est assez bien contrôlée par les stratégies défensives pour empêcher le passage à la pathologie. »¹⁸ Cette stratégie de protection de la santé mentale est nécessaire pour lutter contre les conséquences délétères de la souffrance qui sont un état de stress chronique et un épuisement de l'organisme.

Parallèlement, l'isolement causé par la position hiérarchique du cadre de santé réduit l'espace ouvert à l'expression de son mal être au travail et diminue son soutien social. Nous assistons alors à une aggravation de sa souffrance au travail.

1.3 Une contrainte paradoxale dans l'organisation hospitalière

1.3.1 Une organisation de travail trop étroite pour les cadres de santé

Le terme « Organisation » évoque « un ensemble de rouages compliqués mais parfaitement agencés »¹⁹, ce qui correspond bien aux structures dont il est question dans cette recherche : les établissements de santé. Cette notion d'organisation renvoie à la coordination entre les acteurs, au pilotage des activités, aux modalités concrètes et quotidiennes permettant la production de soins ou toute autre prestation utile à la réalisation de l'activité hospitalière. « L'organisation du travail est donc un ensemble d'éléments en interaction, regroupés au sein d'une structure régulée, ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but de répondre à des

¹⁷ DEJOURS C., « Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail », Ed. Bayard, 2000, p. 102

¹⁸ Ibid. p. 168

¹⁹ FRIEDBERG E, CROZIER M, op. cit. p.16

besoins et d'atteindre des objectifs déterminés. »²⁰ L'organisation du travail a ainsi pour but d'optimiser l'efficacité du personnel dans un établissement.

C'est ainsi que nous allons nous appuyer sur l'auteur Yves CLOT pour notre étude. En effet, selon lui, l'organisation du travail ne délivre pas les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité. Et c'est ainsi que l'organisation engendre du stress. Son approche nous semble très intéressante pour appréhender notre étude. Il inverse ici la causalité du stress. Nous avons coutume de penser que le stress arrive lorsque l'agent n'a plus les ressources nécessaires pour faire face aux exigences de l'institution. Selon Yves Clot, le stress arrive lorsque l'organisation du travail n'a plus les moyens de répondre aux exigences du professionnel. Il parle d'organisation trop étroite pour un salarié plus grand que sa tâche.²¹

Alors sous cet angle de lecture, l'organisation, ici l'hôpital, ne posséderait plus les ressources nécessaires pour s'adapter aux professionnels, aux cadres de santé. L'organisation hospitalière déficiente pourrait donc être un facteur de risque de stress des équipes d'encadrement, que nous pourrions retrouver répertorié dans le document unique. Il s'agit alors, dans ce travail de recherche, de bien identifier ce risque et de comprendre les attendus des équipes de cadres afin d'améliorer et d'optimiser au mieux les organisations existantes à l'hôpital.

Quant au terme « travail », il est utilisé dans le langage courant tant pour l'entreprise que pour l'hôpital. C'est une activité humaine. La sociologie ne définit pas le travail comme un produit fini, un résultat. Elle l'identifie davantage comme un processus, un engagement, une utilisation de l'homme pour l'obtention de la performance.

En France, le travail est investi affectivement par les citoyens et source de satisfaction. « Pour 2/3 des français, le travail semble faire sens, dans la mesure où il est utile à la société. Mais à contrario, la France se distingue aussi par une proportion de travailleurs soumis au stress plus importante qu'ailleurs. »²² C'est certainement parce que le professionnel investit tant son travail qu'il en souffre lorsque des contrariétés surviennent. Alors pour que le travail soit davantage source de bien être, il semble indispensable de permettre cet investissement affectif. A cet effet et au regard d'Yves CLOT, il peut s'agir

²⁰ LIVIAN Y.F., « Introduction à l'analyse des organisations », 2000, Ed. Oeconomica, Wikipédia, Définition « organisation du travail », disponible sur internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail

²¹ CLOT Y, « *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux* », Ed. La Découverte, 2010, p. 110

²² Ibid. p. 12

de faire évoluer les organisations de travail des cadres de santé. Mais pour cela, il nous faut identifier plus en détail les tensions organisationnelles qu'ils subissent.

1.3.2. Des contraintes qui s'imposent aux équipes d'encadrement

Alors que les facteurs organisationnels et psychosociaux sont factuels, les contraintes sont les résultats d'une perception, par nature subjective. Une même contrainte, comme les horaires par exemple, sera perçue différemment selon le professionnel. Cette perception peut même varier dans le temps, selon ses préoccupations du moment, ou son contexte personnel.

Pour approfondir notre réflexion, nous avons souhaité nous appuyer sur les résultats du travail de recherche de M. DETCHESSAHAR. Dans la revue française de gestion, il nous parle « d'un management de proximité empêché, « happé » par les directions et attiré vers d'autres scènes que celles de la régulation du travail »²³. Il y aurait selon lui une contrainte paradoxale qui s'impose aux cadres. Tout d'abord, il leur est demandé d'assurer pleinement le quotidien des services. Cette part de travail qu'il appelle « au chevet des machines de gestion » consiste à mettre à jour les procédures, renseigner les plannings de personnel et d'activités, transmettre des indicateurs, répondre aux enquêtes... Dans ce même temps, le cadre est également sollicité pour répondre et faire vivre les différents projets institutionnels. Pour cela, il est convié dans de nombreuses réunions. Ces participations aux différents groupes projets, comités de pilotage, réunions d'information sont aussi consommatrices de temps.

M. DETCHESSAHAR précise également « loin de souffrir des excès ou de l'omniprésence de la hiérarchie, les équipes se plaignent au contraire de l'absence de leur management. C'est l'éloignement du manager qui pose problème lorsqu'il n'est plus là pour expliciter les difficultés du travail et soutenir les salariés dans leur résolution. Cette situation fragilise les équipes comme leur management et conduit à interroger, en amont, le travail des directions générales sous le double aspect, de leurs relations à leur ligne hiérarchique, et de leurs relations, aux frontières de l'entreprise, avec les différentes parties prenantes qui composent l'environnement. »²⁴

²³ DETCHESSAHAR M., mai 2011, « *Management et santé* », Revue Française de Gestion, numéro 214, article « la santé au travail » p. 99

²⁴ Ibid, p. 91

« Dans ces conditions, agir sur le risque santé suppose de « désempêcher » le management de proximité »²⁵ précise-t-il encore. Selon lui, c'est donc bien la pression du cadre occupé par d'autres exigences que celles du travail et de l'animation de son équipe qui serait un facteur explicatif de leur mal être. L'enjeu serait donc de redonner du temps, des moyens et de la valeur aux activités essentielles du travail de cadre. Il exprime cette nécessité de retrouver du temps dans l'objectif de « réanimer » le dialogue avec leurs équipes et ainsi d'améliorer la qualité de leur vie au travail. Mais c'est peut-être aussi protéger les cadres de santé de la multiplication et de la complexification des contraintes.

Ces enjeux interrogent directement le Directeur des Soins dans sa capacité à agir sur les contraintes et les conditions de travail des cadres de santé.

1.4 Directeur des Soins, un acteur essentiel de l'équipe de direction

La loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) introduit des changements importants dans le système de soins. Le Directeur des Soins voit ses missions renforcées au niveau stratégique en complément des missions de niveau plus opérationnel. Le président de la Commission des Soins est à présent membre de droit du Directoire. Dans son référentiel de mars 2010, il est par ailleurs noté que ses missions « relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel avec, pour le Directeur de Soins en établissement, une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant ».

La ressource humaine est la première ressource du service public hospitalier. Il convient donc la protéger et d'en prendre soin. C'est l'un des champs de compétences du Directeur des Soins (DS). Pourtant, le rapport DE SINGLY nous présente un encadrement hospitalier en difficulté, mal reconnu, face à une organisation en mouvance et une demande croissante des usagers. Le DS ne peut donc plus à ce jour ignorer cette dimension managériale. Surtout lorsque l'on connaît l'influence directe que les Directeurs des Soins, surtout dans les petites structures, peuvent avoir sur le dynamisme des équipes d'encadrement. Comme le disait Xavier DARCOS, alors Ministre du travail, dans son allocution lors de la réunion du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT) en date du 9 octobre 2009, « il faut tout mettre en œuvre, avec le COCT et l'ensemble des acteurs concernés, pour redonner au travail ses lettres de noblesse et

²⁵ DETCHESSAHAR M., op. cit. p. 67

faire en sorte qu'il soit un lieu où puissent s'épanouir les talents de chacun d'entre nous ». ²⁶

De plus, l'une des activités du DS est d'animer et coordonner les activités des cadres soignants, de définir leurs objectifs en matière de politique de soins et d'évaluer leurs résultats. Cependant, les tensions au travail ont toujours un impact négatif sur l'hôpital. Nous pouvons en effet noter un lien entre l'apparition de RPS et l'absentéisme, le taux élevé de rotation du personnel, le non-respect des horaires ou des exigences de qualité, des problèmes de discipline, des accidents de travail, une dégradation du climat social, un impact sur l'image de l'établissement, un surcôt financier... Le DS se doit donc de supprimer le plus en amont possible les facteurs de stress et de souffrance morale chez les cadres de santé si nous ne voulons assister demain à une dégradation de la qualité de la prise en charge des patients et à une perte de performance de l'hôpital. Nous retiendrons ici une vision multidimensionnelle de la performance : la satisfaction du patient, la qualité des soins, l'efficacité économique et l'efficacité dans les ressources et les organisations de travail.

A l'aune de ce cadre conceptuel, le stress apparaît comme la principale manifestation des tensions organisationnelles chez les équipes d'encadrement. La qualité de vie au travail s'impose donc très clairement comme un élément incontournable de la gestion des cadres de santé. Pour cela, la connaissance et la prise en compte des contraintes organisationnelles impactant les équipes d'encadrement représentent un enjeu essentiel pour le directeur des soins.

A la lumière de cette approche contextuelle et conceptuelle, nous allons à présent recueillir des données de terrain afin d'analyser le vécu et les points de vue des cadres de santé et directeurs des soins sur les déterminants organisationnels qui induisent du stress et de la souffrance dans le travail au quotidien des managers.

²⁶ DARCOS X., 2009, annonce du plan de lutte contre les RPS, disponible sur Internet : <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,409/xavier-darcos-annonce-un-plan-d,10549.html>

2 IMPACTS DES DETERMINANTS ORGANISATIONNELS SUR LES EQUIPES D'ENCADREMENT

2.1 Contexte de l'étude

L'objectif de l'étude de terrain est de répondre à notre questionnement concernant l'organisation hospitalière qui pourrait affecter le travail au quotidien des cadres de santé. Plus précisément, notre enquête s'attache à mettre en évidence les contraintes organisationnelles vécues comme stressantes pour les équipes d'encadrement. Pour tenter de répondre à cette problématique, nous avons formulé des sous-questions qui guideront notre réflexion :

- Quels sont les déterminants organisationnels qui induisent des RPS chez les cadres de santé ?
- En quoi le Directeur des Soins pourrait-il constituer une contrainte supplémentaire dans les demandes paradoxales formulées aux cadres de santé ?
- En quoi le DS peut-il agir sur les contraintes organisationnelles qui affectent les cadres de santé ?

L'enquête s'est déroulée dans deux établissements de régions différentes.

Le premier Centre Hospitalier (CH) est un hôpital de proximité ayant une activité MCO, SSR et une filière gériatrique. Il a une capacité d'accueil et d'hébergement de 593 lits et places. Cet établissement a terminé l'année 2011 avec un déficit d'un million d'euros. Le plan de retour à l'équilibre a été engagé sans suppression de postes mais par le développement d'activités nouvelles à moyen constant et la mise en place d'actions d'amélioration de la valorisation de l'activité. Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est entouré de 5 cadres supérieurs de santé et 24 cadres de santé dont deux cadres faisant fonction.

Le second établissement est un CH de 1200 lits. Il a les mêmes disciplines que le précédent CH avec en plus un SMUR et 2 secteurs de psychiatrie. Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est entouré de 9 cadres supérieurs de santé et 49 cadres de santé.

Contrairement au premier, ce CH est à l'équilibre financier depuis 2 ans. En effet, il nous paraissait intéressant d'interroger un établissement à l'équilibre financier et un autre en

plan de retour à l'équilibre afin de connaître les éventuels impacts sur les contraintes organisationnelles.

Pour ce travail d'enquête, nous avons donné la parole aux Directeurs des Soins et aux Cadres de santé pour une meilleure cohérence entre les attentes et préconisations de ces deux acteurs. Pour le 1^{er} CH, nous avons interrogé le coordonnateur général des soins (CGS), le Cadre Supérieur de Santé (CSS) du pôle de gériatrie et 2 cadres de santé (CS), l'un d'une unité de chirurgie et l'autre d'un service de réanimation. Pour le 2^{ème} CH, nous avons également interviewé le CGS, un CSS du pôle de psychiatrie et un CS IADE responsable des blocs opératoires. Tous les cadres de santé sont diplômés d'un IFCS, dont l'exercice professionnel va de 6 ans à 17 années d'encadrement. Le choix de cet échantillon très varié s'est construit à partir de notre souhait d'interroger des cadres de santé de secteurs différents mais aussi selon les disponibilités des professionnels.

Quant aux DS, nous avons souhaité nous entretenir avec les 2 CGS des structures pour avoir le même contexte environnemental que celui des cadres de santé et comparer ainsi les vécus et attendus de chacun. Ce critère nous permettra d'obtenir des éléments cohérents et utiles pour enrichir notre questionnement.

L'entretien semi-directif est notre outil d'investigation. Il est réalisé avec l'aide d'une grille d'entretien basée sur notre question de départ et sur les questions secondaires. Nous avons conçu une grille spécifique pour les cadres de santé et les directeurs des soins²⁷. Nos grilles ont été testées respectivement auprès d'une collègue cadre de santé en cycle préparatoire DS et par une collègue de notre promotion qui a assuré une période de faisant fonction de DS auparavant. Elles ont ensuite été réajustées.

Le choix de cette technique d'enquête est motivé par les thématiques abordées. En effet, nous souhaitons recueillir les propos des enquêtés dans une expression plus libre, notamment lorsqu'ils abordent les tensions au travail. Nous leur avons laissé la possibilité de développer et d'orienter leurs propos. Le principe d'anonymat leur a été précisé par rapport aux questions portant sur le stress et la souffrance au travail. Après une prise de rendez-vous, ces entretiens se sont déroulés sur une durée moyenne d'une heure. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement numérique, complété par une prise de note pour pouvoir rebondir sur les propos des interviewés. Ces entretiens ont ensuite été retranscrits avec une volonté de rapporter fidèlement les réponses exprimées.

²⁷ Les grilles d'entretien sont en annexe 1 et 2

Pour réaliser l'analyse des entretiens, nous avons réalisé une grille d'analyse²⁸. Les thèmes et sous-thèmes ont été définis suite à la lecture approfondie des entretiens et aux questions que nous nous posons. Cette catégorisation nous a permis d'analyser l'intégralité des discours.

L'analyse a abouti aux thèmes suivant :

Thème 1 : La Fonction d'encadrement

Sous thème 1 : Une fonction administrative

Sous thème 2 : Des déterminants organisationnels stressants

Thème 2 : Une organisation défaillante

Sous thème 1 : Des logiques hospitalières différentes

Sous thème 2 : Une charge mentale importante

Thème 3 : Pistes de réorganisation

Sous thème 1 : Des contraintes connues des DS

Sous thème 2 : Des réorganisations de travail proposées

2.2 La Fonction d'encadrement évolue et se complexifie

Lors des différents entretiens, les témoignages ont montré le rôle fondamental du cadre de santé à l'hôpital. Les cadres supérieurs de santé sont davantage appréhendés en terme de relais entre la direction et les médecins mais globalement, qu'ils soient cadre de proximité ou cadre supérieur, ils assurent des missions d'organisation des soins, la gestion des compétences du personnel et doivent répondre aux aléas inattendus dans les services. Cependant, alors que ce rôle de gestion de l'unité a été mis en exergue par les interviewées, les cadres de santé se rendent compte qu'ils sont de moins en moins présents auprès de leurs équipes : « *Je suis frustrée car plus ça va et moins j'ai de temps auprès des équipes* ».

2.2.1 Cadre de santé, une fonction administrative

Ces dernières années, la gestion administrative des cadres de santé s'est intensifiée et prend à présent un temps considérable dans leur travail : « *un côté purement administratif qui prend de plus en plus de place dans notre quotidien* ». Sous le terme de tâches

²⁸ La grille d'analyse vierge est en annexe 3

administratives, ils entendent la gestion des horaires et le remplissage des tableaux de bords pour le suivi des indicateurs du service ou du pôle. Cette surcharge du travail administratif pèse sur l'ensemble des cadres interrogés. Ils l'identifient d'ailleurs comme une tâche désagréable et répétitive : « *la galère de vérifier chaque matin la pointeuse pour corriger les horaires* » « *un travail de saisie qui m'appauvrit, je régresse* ». Ces mots démontrent clairement le peu d'attrait pour ces tâches régulières et exigeantes. Et pourtant les équipes d'encadrement désertent le travail de terrain et prennent moins de temps pour accompagner et soutenir les équipes au profit de ce travail administratif : « *Je quitte les soins, j'arrive même plus à suivre les tours, je vais vers une fonction administrative, réglementaire* ». M. DETCHESSAHAR parle de « travail administrativo-gestionnaire » ou encore de « cadre au chevet des machines de gestion »²⁹. Et toujours selon lui, c'est ce qui donne « l'image d'un encadrant bloqué dans son bureau, vissé à son poste informatique »³⁰.

Une transformation des missions des cadres de santé a aussi été mise en exergue par les directeurs des soins interrogés. Alors que la qualification des cadres de santé a longtemps été liée à leur compétence technique en matière de soins, actuellement on constate « *Une diversification de ses grandes missions avec le passage progressif d'un cadre expert à un cadre manager* ». A présent, il est donc attendu du CS une posture managériale affirmée, comme nous l'avions défini dans notre cadre conceptuel selon MINTZBERG.

La faiblesse du système d'information a été identifiée par 2 cadres de santé du CH 1 comme une contrainte technique : « *nous avons des équipes de plus en plus grande en responsabilité mais le logiciel n'évolue pas, il n'est plus adapté à la gestion du temps de travail actuel* » « *Je fais une fiche papier par agent pour être sûr de mes comptes d'heures, de repos, de congés* ». Le logiciel ne semble plus correspondre aux besoins présents des CS et il devient alors une contrainte supplémentaire qui leur fait perdre du temps. Malgré les difficultés financières de cet établissement, il est nécessaire de faire évoluer cet outil informatique.

On peut émettre l'hypothèse que cette gestion se décentralise davantage avec la mise en place de l'organisation en pôles et des délégations de gestion. Un cadre de proximité du CH 1 s'est exprimé sur ce sujet : « *parmi les nombreuses tâches administratives, je dois jusqu'à m'investir dans l'EPRD et rendre des comptes et même des agents quand l'activité baisse* ». C'est l'un des effets de la T2A et ainsi du suivi d'activité demandé

²⁹ Congrès Hôpital expo, Paris, 23 mai 2012, M. DETCHESSAHAR, « Hôpital : les cadres de proximité doivent retrouver du temps pour dialoguer avec leurs équipes »

³⁰ Ibid.

actuellement aux responsables de pôles. Il est particulièrement reproché à ce financement, par les cadres de santé, de les préoccuper dans la dimension financière. « *Actuellement, avec les soucis financiers, on me demande de suivre les objectifs d'activité et ce n'est pas dynamisant* ». C'est ainsi que le cadre ne peut plus se satisfaire de sa compétence de gestionnaire d'équipes, il doit aussi arbitrer dans une logique budgétaire et ajuster au mieux les moyens humains à l'activité qui se réalise dans son unité. Mais pour l'un des cadres du CH 2, ce suivi de l'activité est plutôt agréable : « *L'avantage de la mise en place des pôles, c'est que nous avons accès plus facilement aux chiffres du service, et ça nous donne des arguments pour les équipes* ». Nous nous rendons compte que l'organisation en pôle et la tarification à l'activité sont plus ou moins critiqués par les CS, selon le contexte budgétaire local. Par contre, qu'ils soient cadres de pôle ou non, nous ne constatons aucune différence dans les remarques.

Cependant, la gestion administrative mobilise beaucoup d'énergie et de temps chez l'ensemble des CS au détriment des moments managériaux qu'ils identifient pourtant comme nécessaires et agréables : « *J'ai besoin d'être présente avec les équipes pour les soutenir dans les problèmes et difficultés, que ce soient avec les patients ou les familles* ». Le Pr DETCHESSAHAR conforte ces faits également : « *Au moment même où ils affrontent des contraintes accrues dans la mise en place des nouvelles réformes, le management déserte la scène du travail* ». Pour lui, la mauvaise qualité de vie au travail est causée par l'absence des cadres et non par leur présence. La place des cadres de santé de proximité est donc dans l'accompagnement des actions concrètes et opérationnelles dans les services. Surtout dans le contexte de réforme, il doit assurer du lien pour ses équipes et montrer une continuité entre les différents projets. D'ailleurs, un cadre interviewé dans le CH 2 exprime aussi une souffrance dans son travail lorsqu'il ne parvient pas à soutenir et accompagner son équipe : « *J'écoute les équipes mais je n'ai pas le temps d'agir derrière, c'est stressant pour moi* ». Confronté aux sollicitations des agents, ce cadre témoigne d'un manque de temps pour y répondre, source de stress pour lui. La charge de travail importante des CS est ici corrélée à une gestion du temps difficile. Il est donc indispensable, si nous voulons améliorer la qualité de vie des équipes et des cadres de santé, de trouver des solutions pour « *désempêcher* » les managers des nombreuses tâches de gestion administrative.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi les CS passent la majorité de leurs temps à des tâches administratives qu'ils n'apprécient guère. M. DETCHESSAHAR tente d'y répondre : « *Si le manager de proximité n'est plus dans l'activité de travail, dans le soutien et l'animation du cours d'action, ce n'est pas tant qu'on l'ait supprimé ou que l'on en ait réduit le nombre, c'est qu'il se consacre désormais à d'autres tâches extrêmement*

consommatrices de temps et qui semblent résumer son travail aux yeux de la direction »³¹. Nous devrions donc retrouver cela dans les propos des Directeurs des soins interrogés lorsque nous leurs demandons de qualifier le travail du cadre de santé : « *il est animateur de son équipe, régulateur, investi institutionnellement mais aussi présent dans l'équipe, auprès du corps médical, enfin un superman (...) cela veut dire des sollicitations permanentes tous azimuts tout au long de la journée et beaucoup de disponibilités* » « *les activités de gestion des plannings, des congés annuels. Ce sont ces activités et la gestion des conflits que ça génère qui sont contraignants* » « *c'est surtout grâce aux équipes d'encadrement que les services tournent* ». Nous constatons que les 2 DS n'ont pas pleinement conscience de l'éloignement du CS des tâches opérationnelles puisqu'ils décrivent beaucoup les équipes d'encadrement au niveau des services de soins. En ce qui concerne les tâches qui semblent résumer le travail des cadres de santé, ils citent la gestion des horaires mais pour eux, c'est l'intensité du travail auprès des équipes qui occupe davantage le cadre. La gestion des conflits est vécue par l'un des DS comme une contrainte, incompatible avec le bien-être des cadres de santé. Mais aucun cadre de santé n'a abordé cet aspect. Finalement, les DS n'ont qu'une représentation partielle des contraintes des cadres même s'ils identifient bien l'aspect paradoxal dans la fonction puisqu'ils les définissent à la fois animateurs d'équipe et acteurs dans les projets institutionnels.

2.2.2 Des facteurs organisationnels à l'origine de tensions au travail

Dans la demande de ce qui pourrait être difficile dans la fonction d'encadrement actuelle, les DS nous ont répondu « *l'alchimie entre sécurité, qualité, coût et engagement humain : un exercice d'équilibre, un tiraillement permanent et souvent une insatisfaction à la clé* » « *Certains apprécient la mobilisation forte dans leur travail, ils y trouvent les moyens de se faire reconnaître. Mais quand les exigences sont trop fortes, c'est l'usure, le burn out* » « *l'accompagnement des équipes dans un contexte mouvant permanent se révèle complexe et peut les stresser* ». Selon les DS, en plus du niveau d'intensité du travail qui donne l'impression d'un éparpillement des tâches et génère de la souffrance au travail, l'environnement exigeant et mouvant tire encore davantage le CS. Il faut souligner les termes de souffrance au travail cités par les 2 DS : insatisfaction, usure et stress. Selon C. DEJOURS, c'est l'insatisfaction au travail qui apporte le plus de souffrance mentale. Alors, sous le regard d'Y. CLOT, nous pouvons nous poser des questions organisationnelles : pourquoi l'organisation hospitalière actuelle ne permet-elle pas aux

³¹ DETCHESSAHAR M., op.cit. p. 98

managers d'être satisfaits ? Qu'est ce qui fait qu'ils ne peuvent mener à bien leur travail dans l'organisation actuelle ?

L'évolution du travail a été pointée par le DS du CH 2 comme une contrainte supplémentaire : « *l'évolution du rapport au travail mais aussi la dictature de l'urgence et de l'immédiateté viennent complexifier l'exercice actuel des CS* ». Et plus précisément, l'évolution de l'hôpital a été montrée comme une difficulté par les équipes d'encadrement. « *Faire mieux, plus vite pour moins cher : l'efficience à tout prix auprès d'une population qui est loin d'avoir intégré les évolutions de l'hôpital et qui réclame toujours mieux et plus* ». En cette période d'évolutions des organisations, pour faire face aux changements à l'hôpital, il faut accepter, durant la phase de changement, de vivre dans un contexte d'injonctions paradoxales, d'exigences contradictoires³². Mais le fait d'avoir des situations antinomiques même temporairement prend une place importante dans le travail d'un CS du CH 1 et accroît sa tension psychologique : « *La gestion du quotidien, travailler le projet de pôle, suivre les indicateurs, en plus on nous demande de travailler sur les organisations pour les dépenses et de lister les dysfonctionnements... C'est quoi la priorité et on ne sait pas bien ce que l'on fait de ça. Alors pour ne rien oublier, je note chaque soir ce qu'il me reste à faire et le lendemain j'en rajoute et le boulot s'accumule, comment voulez-vous être bien dans ces conditions ?* » Ces propos donnent également l'impression de la part du CS d'une incompréhension des dispositifs d'amélioration souhaités par la direction. Le CS répond aux différentes sollicitations mais il se demande parfois la raison de toutes ces demandes. Est-ce un manque de communication ? En effet, nous avons pu relever ces phrases chez un autre cadre interrogé au CH 2 « *des informations nous manquent en retour. Par exemple, les mouvements des cadres, parfois les agents ont l'info avant nous. Ca perturbe la confiance des équipes. Et même sur des infos majeures comme une fermeture de lits* ».

Pour les DS, les avis divergent sur l'adaptation au changement des CS. L'un (DS du CH 1) pense que c'est plutôt par manque de formation que les CS ont du mal à s'adapter. L'autre (DS du CH 2) pense davantage à une mauvaise transmission des orientations institutionnelles. « *Les cadres manquent parfois de connaissances pour aborder la multiplicité des domaines qu'il devra gérer* » « *La politique institutionnelle est définie mais très peu diffusée alors les cadres n'ont pas de visibilité au-delà de leur service. C'est compliqué pour eux ensuite. Et ça nous donne l'impression qu'ils traitent tout sur le même plan, qu'ils assurent des tâches de niveau très différent sans gradation* ». Alors nous pouvons nous demander si le CS dispose de ressources suffisantes à la tenue de son

³² LAUDE L., Cours « changement et accompagnement social » du 3 juillet 2012, Filière DS, module Sociologie des organisations et des relations sociales à l'hôpital, EHESP, Rennes

rôle de cadre ou s'il a besoin de formations supplémentaires ou d'informations institutionnelles plus précises.

2.3 Une organisation médicale qui « dissipe » le travail des cadres de santé

« Les repères se perdent à l'hôpital, on a une impression de fouillis, surtout dans l'organisation médicale. » « Les équipes médicales changent sans cesse, faut toujours s'adapter. Je rêve d'une stabilité » « C'est l'organisation médicale qui orchestre le service, un tour le matin où des décisions sont prises, on règle les problèmes, les infirmiers réajustent les traitements puis l'anesthésiste passe vers midi et c'est le problème des prescriptions et de nouveaux problèmes qui émergent » « parfois l'impression d'avoir une organisation désorganisée, au sens de décousue » « ma principale contrainte est le corps médical, il faut faire avec le chef de service et le chef de pôle et ils ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde ».

L'organisation à l'hôpital encadre l'activité de soins par un certain nombre de règles répondant à des objectifs divers. Cependant, une partie de ces règles est laissée à la négociation entre les acteurs : cadres, médecins, personnels soignants. Ici une organisation médicale défaillante pose problème pour 3 cadres sur 5 interviewés, répartis sur les 2 CH. Les CS ne se retrouvent pas dans cette organisation en place, des décisions médicales arrivent de plusieurs médecins, avec des injonctions paradoxales. Cette difficulté met en tension les équipes soignantes et le cadre de santé.

Nous avons vu que pour P. BOURRET, l'attention du cadre de santé aux médecins est prégnante dans l'organisation des soins. Nous constatons ici que les cadres établissent l'organisation des services en fonction des tours des médecins. Est-ce par logique dans la prise en charge du patient ou par principe, habitude ? Dans tous les cas, nous pouvons dire que cette régulation médicale s'impose et affecte le travail des cadres et des équipes.

Pour reprendre Y. CLOT, c'est l'organisation qu'il faut regarder. C'est elle qui serait trop « étriquée » et qui pousse de plus en plus de professionnels « à endurer un travail ni fait ni à faire ». « Beaucoup de capacités et d'engagements sont gâchés, les ressources psychologiques et sociales des salariés sont gaspillées, leur énergie perdue dans des organisations qui la dissipe. Du coup, en schématisant bien sûr, il reste deux voies possibles ; soit on donne un nouveau destin à ces Ressources Psycho-Sociales refoulées, soit on ajoute à la « petitesse » des organisations actuelles une couche de

gestion supplémentaire : la gestion des Risques Psycho-Sociaux. »³³. La gestion des RPS n'est donc pas la meilleure solution. Il vaut mieux réfléchir aux possibilités données au professionnel pour qu'il exploite davantage son potentiel de travail. Ici l'hôpital semble souffrir d'un manque de coordination entre les organisations médicales et soignantes, ce qui met en tension les cadres de santé. Sous le regard d'Y. CLOT, il nous faut alors questionner la pertinence des organisations de soins et des collaborations médico-soignantes afin d'améliorer à terme les conditions de travail des CS et de leurs équipes.

2.3.1 Des cadres de santé face à des logiques hospitalières divergentes

A l'hôpital, nous avons une organisation stratifiée avec d'une part, le corps médical, focalisé sur les soins, les thérapeutiques et d'autre part, la direction, davantage centrée sur la politique d'établissement et dont les cadres de santé sont sous l'autorité. Les équipes d'encadrement sont donc contraintes entre les impératifs et attentes des médecins, et les consignes et projets de la direction. Mais apparemment, c'est la dépendance aux médecins décrite par P. BOURRET qui caractérise le plus fortement cette fonction d'encadrement et rend leur positionnement difficile entre médecins et directions hospitalières : « *Pour toutes décisions, je suis contrainte d'échanger avec les médecins, de faire valider par les chefs de service et de concerter ma hiérarchie, c'est pesant. Heureusement les équipes me suivent.* » « *Que chacun me laisse davantage d'autonomie, faut toujours penser : est-ce que j'ai bien pris l'aval pour cela, est-ce que j'ai bien transmis cela, quelle perte de temps ce reporting au DS, au DRH, au chef de pôle, aux médecins chefs. On dirait qu'on nous fait pas confiance* ». Au regard de ces propos, nous nous rendons compte qu'en milieu hospitalier, les CS obéissent à 2 systèmes de logiques : l'une hiérarchique et l'autre fonctionnelle.

Il convient alors de se demander si la différence entre lien fonctionnel et lien hiérarchique est suffisamment identifiée par les CS. Ce lien est aussi appelé autorité. L'autorité hiérarchique est celle qui a le pouvoir de nomination et le pouvoir disciplinaire. C'est bien le directeur, chef d'établissement, pour les CS. Quant à l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, c'est celle qui encadre et organise le travail. A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a pris une nouvelle approche avec la nouvelle gouvernance en 2004 et a été réaffirmée en 2009 par la loi dite HPST : « Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico- technique organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du

³³ Yves Clot, « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe - 09 Septembre 2010, disponible sur internet : http://www.metiseurope.eu/yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner_fr_70_art_28903.html

pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. »³⁴

Mais n'oublions pas l'historique de la fonction d'encadrement décrite par P. BOURRET. En 1943, ils étaient sous la responsabilité conjointe du directeur et du médecin-chef. Les cadres ont alors fonctionné sous l'autorité du chef de service pour le quotidien des unités et sous l'autorité du directeur puis du directeur des soins pour l'organisation des soins. Et parfois, pour certains aspects statutaires, ils sont sous l'autorité du Directeur des Ressources Humaines. Devant cette acculturation des cadres, une clarification des différentes autorités se révèle nécessaire dans les 2 établissements afin qu'ils se situent davantage et légitimement dans l'organisation hospitalière. Et pour analyser le terme « autonomie » utilisé par l'un des cadres du CH 1, c'est pour lui la possibilité de disposer d'un espace, d'une marge de manœuvre dans lequel il peut agir. Nous pouvons amplement penser que s'il se repèrerait davantage dans cette double autorité et si nous lui donnons les moyens de mieux comprendre comment son travail managérial s'intègre à la politique de l'hôpital, ce CS n'aurait peut être pas le ressenti de devoir se justifier sans cesse aux différents acteurs. Surtout que l'autonomie est un facteur essentiel de la performance des organisations. En effet, à l'hôpital, la réactivité des CS est essentielle. Il n'est pas suffisant d'avoir des CS qui appliquent des ordres et/ou font valider leurs moindres gestes, ils doivent disposer d'une part de responsabilité et donc d'autonomie dans leur travail. Ici l'absence d'autonomie conduit le CS à une exposition au stress.

A contrario, le cadre de santé du service de réanimation du CH 1 semble avoir une meilleure qualité de vie au travail. Elle ne se dit pas impactée par la désorganisation médicale et les tâches administratives importantes : « *Il est inadmissible d'appeler le bloc et de ne plus trouver de médecins à 16h. La réa est épargnée. Je mets la réa dans une bulle car nous avons une présence médicale correcte. Mais je ne peux pas faire sans voir autour* » « *les effectifs sont normés donc j'ai du personnel qui bouge ses horaires tout seul en cas d'absentéisme, pas besoin de m'en mêler* » Il est vrai que l'organisation du travail en réanimation est formalisée. Les procédures de soins sont rédigées, les secteurs sont répartis et les effectifs normalisés³⁵. Ces éléments clairs de l'organisation du travail

³⁴ 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, page 12184, article 13

³⁵ Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de

rendent plus facile le travail des cadres de santé. Une organisation clairement définie et connue de tous améliore donc les conditions de travail des CS.

2.3.2 Une organisation hospitalière qui engendre une charge mentale importante

L'organisation des soins à l'hôpital est susceptible de modifications de dernière minute, d'interruptions dans le travail. De sorte que les cadres ressentent une dispersion de leur travail : *« Je n'apprécie pas les contretemps, je me laisse déborder ensuite » « Les contre-ordres dans les projets et à chaque fois que je dois répondre immédiatement alors que je suis occupée, je ne peux pas bosser sur un dossier sans interruption. Et se rajoute les médecins qui pensent que l'on ne fait rien car on n'a pas réglé leur préoccupation première, faut être partout »*. Ici, ce ne sont pas les 2 cadres de santé qui sont trop « petits » comme dit Y. CLOT. Ils souhaitent mener à bien leur travail mais la contrainte temporelle ne leur permet pas. C'est l'organisation hospitalière qui n'a pas les ressources nécessaires pour permettre à l'encadrement de faire un travail de qualité. On leur demande d'être partout alors que nous pensons que certains problèmes peuvent être résolus par d'autres acteurs que l'on aurait identifiés. Par exemple, certaines problématiques médicales sont à interroger ; est-ce que le cadre de santé est la meilleure personne pour les résoudre ? Nous n'avons pas la réponse mais souvent, le cadre de santé s'emparera du problème, par conscience professionnelle mais aussi par besoin de reconnaissance, de légitimité de la part du corps médical.

Nous voyons que cette contrainte temporelle engendre une surcharge mentale importante. Nous nous questionnons alors sur l'éventualité que les CS aient à se relâcher de temps en temps dans leur quotidien. Ces moments de retrait permettraient à l'encadrement de se ressourcer avant de reprendre plus amplement leur activité. Nous pouvons alors nous demander si l'organisation permet ces moments de répit ? *« On renvoie tout sur l'encadrement » « au niveau de l'organisation des blocs, il me faut énormément de réactivité, c'est une tension permanente » « Tout le monde attend beaucoup de moi, des idées, des solutions » « Des fois on nous dit qu'on est à notre écoute et on va voir la personne, elle répond à 10 coups de fils »*. Nous pouvons penser devant ces remarques que l'organisation n'autorise pas le cadre à se ressourcer. Au contraire, nous avons l'impression d'une organisation de travail exigeante dans ces 2 établissements. Cela génère des effets négatifs sur la santé mentale des équipes d'encadrement.

réanimation, soins intensifs et de surveillance continue, paru au Journal Officiel de la République Française n°82 du 7 avril 2002, p.6188, texte n°12

Une grande part de la satisfaction au travail provient de la qualité des relations professionnelles et sociales. Lors des interviews, nous nous sommes rendus compte que les CS des 2 CH manquent de soutien social pour lutter contre l'isolement « *Il n'y a plus d'équipes cadres, plus de réflexion sur nos pratiques, de discussion autour de nos difficultés* » « *Le manque d'esprit d'équipe, surtout depuis que je suis cadre de pôle, j'aimerais bien que l'on crée une chorale le midi avec les collègues, pour pouvoir échanger, se rencontrer* ». Il est vrai que, plus les responsabilités des CS sont importantes, moins il trouve un interlocuteur avec qui échanger. Chacun est absorbé par ses activités, son pôle et le temps consacré aux échanges est réduit. C'est ainsi que les managers sont souvent en situation de solitude. Des moments d'échanges où les cadres se retrouvent entre eux sont donc importants.

Par ailleurs, les 2 DS ont souligné l'idée que les CS s'embarrassent à régler des problèmes qui ne sont pas de leurs ressorts : « *Ils ne se plaignent pas beaucoup, parfois des soucis avec certains agents ou médecins. Mais je pense qu'ils s'encombrent beaucoup de soucis qui ne sont pas les leurs. Par exemple certains cadres font les tours chaque jour avec les médecins, ils perdent du temps et en retirent des problématiques à gérer qui pourraient être réglées par les équipes. C'est son travail de faire le tour ? Les problèmes les plus complexes lui reviendront de toute manière.* » nous dit le CGS du CH1. « *Leur difficulté est de lâcher prise, qu'ils cessent de prendre en compte des problèmes qui ne sont pas les leurs. Ce n'est pas à eux de tout résoudre* ».

Tout d'abord, il nous faut souligner que comme le disait aussi P BOURRET, le cadre de santé ne se plaint pas dans la plainte. Ensuite, il nous faut revenir de nouveau à la genèse de la fonction : les cadres de santé sont d'origine soignante. Leur activité est orientée depuis toujours vers le souci de l'autre et donc implique un investissement important, un certain don de soi comme les premières cadres religieuses. Et c'est ainsi que malgré leur charge de travail importante, ils prennent à cœur de résoudre tous les problèmes qu'ils rencontrent. C'est pour eux une évidence dans leur activité. D'ailleurs, Y. CLOT pense que c'est quand on ne peut plus prendre son travail à cœur que le travail est mauvais pour la santé. On peut donc supposer que lorsque les CS n'ont plus les moyens d'endosser ce « rôle qui entre en résonance symbolique avec ses désirs et ses valeurs »³⁶, ils ont du mal à faire face et souffrent dans leur fonction. Y. CLOT parle d'« un attachement particulier des français à la valeur et à l'utilité sociale du travail. Et c'est parce que les organisations ne leur donnent plus les moyens de faire un travail

³⁶ DEJOURS C., op.cit. p.76

défendable à leurs propres yeux que beaucoup de gens en font une maladie »³⁷. Il semblerait ici que les DS n'ont pas conscience de ce besoin d'investir affectivement le travail. Alors, ils n'autorisent pas les CS à prendre leur travail à cœur. Pour eux, cet investissement important dans le tour médical du service revient à s'encombrer de tâches qui ne les concernent pas. Pour le cadre, c'est davantage un sentiment de bien faire son travail, source de satisfaction. Il nous semble que c'est à mettre en lien avec la culture compassionnelle du métier infirmier et les origines religieuses des cadres de santé.

2.4 Des organisations figées et complexes pour les cadres de santé

2.4.1 Objectivation et prise en compte des contraintes

A l'aune des entretiens réalisés, nous pouvons dire que les DS connaissent globalement les contraintes des CS. Le DS du 1^{er} CH nous explique que : « *Les contraintes sont abordées lors de l'entretien de notation* » « *Pour que les CS se consacrent à ce qui relève de leur mission, il est nécessaire de les décharger des tâches qui ne leur apportent pas de plus value comme les commandes, la gestion des stocks, les saisies informatiques de toutes formes* » Quant au DS du CH 2 : « *faut afficher une politique institutionnelle et managériale claire et la communiquer* ». Cependant, même s'ils connaissent certaines contraintes, il n'est pas constaté une réelle mobilisation du Directeur des soins : « *Il sourit lorsque je lui parle de mes contraintes, parfois j'aimerais qu'il me donne des pistes pour les résoudre* » précise un cadre du CH 1. C'est ainsi que certains cadres de santé interrogés ont fait part de leur appréciation vis-à-vis du DS. Selon eux, le DS doit davantage se rendre dans les services, être en contact direct avec les professionnels et les malades. Ils expriment la nécessité de voir le DS sur le terrain. « *J'ai besoin de le voir physiquement, pas seulement un appel* » « *Je ne le trouve pas assez présent, il est important qu'il vienne dans l'unité, qu'il discute avec les infirmiers, les familles* ». Pour deux d'entre eux, ceux du CH 1, les appréciations sont plutôt négatives : « *Mes contraintes sont connues mais pas entendues, aucun effet derrière* » « *pas de protection du DS, c'est nous qui sommes le fusible* ». Par contre, un cadre du CH 2 ne partage pas ces points de vue : « *Il peut être aidant, on peut l'interpeller et il nous aide mais il ne peut pas toujours agir sur toutes nos contraintes, comme les impératifs légaux* ».

³⁷ CLOT Y., « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe - 09 Septembre 2010, disponible sur internet : http://www.metiseurope.eu/yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner_fr_70_art_28903.html

Conjointement, le CGS du même site que les 2 CS ayant répondu négativement (CH 1) nous évoque sa conception du management : « *Je n'ai pas à protéger les CS mais à organiser la direction des soins et le management des cadres, leur apporter du soutien dans la mesure des possibilités de l'établissement, être créatif pour conserver un espace de travail supportable* » « *A mon avis le prendre soin est à questionner. Est-ce que manager c'est prendre soin ? C'est prendre en compte, accompagner mais pas prendre soin. A s'attendrir, on rentre dans un système de plaintes et on ne va pas pleurnicher tous ensemble* ». Pour rappel, nous sommes ici dans l'établissement où les contraintes financières sont prégnantes du fait du Plan de Retour à l'équilibre (PRE). Ce DS précise ne pas être dans la protection des CS, certainement parce qu'il a des mesures difficiles à appliquer pour la survie budgétaire de l'hôpital. Cependant, dans cet environnement contraignant, il énonce leur apporter du soutien et faire des efforts pour conserver un espace de travail acceptable.

A cette étape, il est intéressant de mettre en corrélation les déclarations de l'autre DS (CH 2) avec les propos de son collègue : « *Je n'ai peut-être pas toujours conscience de leur imposer des contraintes. Je pose parfois une échéance de rendu alors qu'il est peut être absorbé sur une tâche importante et cruciale. J'essaie le plus souvent de valider la faisabilité de mes demandes mais je suppose que cela arrive parfois.* » « *Je planifie le plus possible en partant du principe que c'est souvent ce qui arrive au dernier moment qui parasite l'activité des cadres, ce que l'on peut anticiper est plus facile à gérer* ». Nous constatons que les conceptions du management, du prendre soin, sont différentes selon le DS. Celui-ci fait son possible pour ne pas imposer une contrainte supplémentaire aux CS. Mais nous pensons que le contexte environnemental budgétaire est à relier avec le positionnement du DS.

D'autres témoignages de CS soulignent leurs nombreuses attentes à destination du DS. Tout d'abord, le CSS de gériatrie du CH 1 souhaitent que le DS soit présent et lui porte une attention particulière : « *Je suis excentrée de la direction des soins et le DS est peu présent, c'est dommage. Il ne prend même pas soin de m'appeler à mon retour de vacances* » « *Qu'il prenne le temps de discuter avec moi, de construire une réflexion managériale* ». Ensuite, les cadres du CH 1 attendent du DS qu'il les accompagne dans les contraintes internes : « *Il voit quand on est débordé et là son rôle est de ne pas nous demander autre chose* » « *Lorsqu'il me bouscule pour avoir le rapport d'activités du pôle, c'est une contrainte supplémentaire, il devrait comprendre que je fais au mieux au lieu de me mettre la pression* ». Et enfin, le DS devrait protéger les CS de la multiplication et la complexification des contraintes externes, surtout dans la mise en place des projets de territoire. Le DS doit négocier les contraintes externes, voire s'y opposer quand les CS

sont débordés ou alors les traduire dans l'organisation interne avant qu'elles n'arrivent aux cadres. *« A présent, nous devons fusionner, travailler ensemble. Mais à ce niveau, il ne doit pas se contenter de passer en interne les contraintes externes ».* *« Il a aussi des obligations mais il doit les atténuer lorsqu'elles arrivent à nous ».*

Finalement, un cadre de santé du CH 1 souhaite un style managérial plus positif, plus proche des notions de leadership *« J'ai besoin d'un DS leadership qui positive, qui est en capacité d'impulser les dynamiques positives que l'on attend, car il y a des choses à régler mais tout n'est pas négatif ».* Ce CS exerce dans l'établissement qui est en difficulté financière. Il exprime ici un souhait d'être accompagné par un DS qui mobilise dans une approche positive.

2.4.2 Des organisations de travail qui doivent évoluer

A ce niveau de l'analyse, les équipes d'encadrement mettent en évidence des pistes de solutions : *« faut un pied dans le service et un pied avec la direction, faudrait une infirmière délogée des soins pour les soucis du service. Faut officialiser que l'on délègue le quotidien aux infirmiers comme le matériel, les toxiques, la lingerie, les bons travaux. « Et pourquoi pas une infirmière en journée qui règle les effectifs, les arrêts et signale quand c'est compliqué » « On serait une ressource mais pas l'acteur principal du service »* Ces réflexions démontrent le besoin pour l'ensemble des CS d'adopter une nouvelle posture.

Les CGS partagent cette proposition : *« redéfinir les contours des équipes et missions que l'on peut leur confier » « ils ont le sentiment d'être sollicité de partout, mis à toutes les sauces, ils souhaitent un tri de ce qu'ils doivent faire en priorité et être aidés, ils n'ont qu'à déléguer aux infirmières certaines tâches ».* Pour se recentrer davantage sur ses missions de gestion de projet et sur un niveau plus stratégique, la délégation peut être une solution. Cependant, les CS allaient plus loin dans leur proposition en demandant que l'on « officialise » cette délégation de tâches. Pour le DS du CH 2, les pistes proposées s'orientent aussi sur le versant communication : *« La création d'un groupe cadres serait également un moyen de partager, de dédramatiser certaines situations ».* C'est ce que M. DETCHESSAHAR identifie comme la mise en discussion du travail, qui est pour lui une condition indispensable au développement discursif par lequel l'activité avance. Mais toujours selon lui, c'est au milieu professionnel, donc ici à l'hôpital, de construire ces espaces.

Ce même CGS évoque le directoire pour relayer la parole des CS : « *au sein du directoire, faire entendre la voix des cadres et des limites qui s'imposent en matière de charge de travail, de responsabilité* ». Dans le contexte de la loi HPST, le directeur des soins est confirmé au sein du processus décisionnel. Il est à présent membre de droit du directoire en sa qualité de président de la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Technique, comme le président de la CME. Il est donc le relais de l'information et l'intermédiaire entre le directoire et les équipes d'encadrement. Cette position lui confère des opportunités pour exprimer pleinement les propos des cadres.

Finalement, cette analyse nous permet d'entrevoir la réponse à notre questionnement de départ. En effet, en ce qui concerne les contraintes organisationnelles, nous nous rendons compte que dans un environnement hospitalier qui évolue continuellement, ces mutations aboutissent aujourd'hui à un décalage entre le travail réel des CS et les attendus que l'hôpital peut avoir de ses managers. D'une part, les cadres font face à une multiplication de leurs tâches. Actuellement, ils se sentent tiraillés entre des tâches administratives de plus en plus lourdes, qui les enferment dans leur bureau, et des conduites de projets polaires ou institutionnels, qui les incitent de plus en plus à sortir du service. D'autre part, les CS manquent d'informations descendantes et de visibilité dans la politique d'établissement pour pouvoir se repérer dans la nouvelle gouvernance et s'y inscrire pleinement. C'est ainsi qu'ils considèrent n'avoir aucune marge de manœuvre dans cette organisation hospitalière.

Ces différentes contraintes organisationnelles sont source de stress et de souffrance pour les équipes d'encadrement. En effet, ils ne parviennent plus à accompagner leurs équipes et à s'investir comme ils le souhaitent. Ils ne peuvent plus « prendre leur travail à cœur ». Parallèlement, cette charge mentale génère des tensions car l'organisation hospitalière contemporaine ne leur permet pas des instants de répit et la mise en place de moments où ils peuvent discuter de leur travail. De plus, les CS ont des attentes bien précises envers les DS. Ils désirent qu'il soit présent, qu'il les accompagne dans une dynamique positive. Cependant, dans un contexte médico-économique défavorable, il est parfois difficile de répondre à ces demandes.

Néanmoins, même si les CGS interrogés connaissent certaines contraintes des cadres de santé, ces derniers n'ont pas l'impression que les DS agissent pour réduire ou supprimer ces tensions. Ils ont même parfois le sentiment que le DS représente une contrainte supplémentaire. Pourtant, nous constatons que les DS, malgré des environnements et contextes de travail différents, tentent, à leur façon, de limiter les contraintes des CS.

A ce stade de l'analyse, nous pouvons penser que ce sont les définitions courantes et institutionnelles du stress qui engendrent le déni des tensions vécues par les CS. Rappelons-nous la définition donnée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : le stress existe lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception d'une personne à des contraintes et l'impression de ses propres ressources. Pour l'autre, cette définition peut évoquer un sentiment d'impuissance. Comment un DS pourrait-il agir pour réduire le stress si la cause est subjective, de l'ordre du ressenti ? Ce déni nous amène alors vers une impossibilité d'améliorer les conditions de réalisation des équipes d'encadrement. C'est ainsi que la théorie d'Yves CLOT, qui prend justement le contrepied de ces définitions en plaçant l'environnement et l'organisation de travail aux origines du stress et des tensions, a toute sa pertinence dans notre recherche.

Dans la partie suivante, nous nous intéresserons aux pistes d'amélioration au regard des éléments discursifs recueillis et des principes d'Y. CLOT. Ces préconisations complètent le cadre théorique et l'analyse en plaçant l'encadrement et le directeur des soins au cœur de ces actions.

3 LE DIRECTEUR DES SOINS DANS LA REDUCTION DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES S'IMPOSANT AUX CADRES DE SANTE

Les entretiens auprès des directeurs des soins et des cadres de santé nous ont permis de confronter notre théorie à la réalité du terrain. Globalement, les discours analysés nous permettent de déterminer 4 grands axes de préconisations.

3.1 Un pilotage stratégique des organisations de travail

3.1.1 Optimiser les organisations afin de les rendre moins contraignantes

L'organisation à l'hôpital est cause de nombreuses difficultés au quotidien pour les cadres de santé. En effet, le stress et les tensions sont souvent la résultante de dysfonctionnements dans les organisations de travail. Il est vrai que les réformes ont parfois été appliquées à l'hôpital dans la précipitation, sans véritable réflexion sur les organisations en place.

En référence à Yves CLOT et aux entretiens réalisés, l'organisation empêche actuellement les cadres de santé de se réaliser dans leur activité professionnelle. Pourtant si le travail correspond au souhait et désir de la personne, alors elle se mobilise davantage et entre dans une dynamique positive, source de bien-être et de plaisir au travail. Il est donc essentiel pour le directeur des soins, de questionner les organisations en place et d'analyser les conditions de travail puisque la qualité de vie des CS est étroitement liée à l'organisation hospitalière.

Le DS doit donc être à l'initiative de la remise en cause des organisations. Lors de dysfonctionnements, de tensions au travail ou encore de démotivations du personnel, il doit se poser la question de l'amélioration organisationnelle. Si une optimisation de l'organisation se révèle nécessaire, c'est une gestion de projet à organiser.

Au départ de cette démarche, il convient d'analyser l'existant, d'identifier les repères nécessaires aux CS dans les organisations en place dans le but de les préserver ou de les consolider, puis de repérer les espaces d'adaptation possibles. Pour cela, nous

proposons de constituer un groupe de réflexion pérenne sur les organisations de travail qui ensuite se chargera de créer un groupe de travail adapté à la restructuration prévue.

Le DS, accompagné de l'encadrement supérieur, nous semble être l'acteur le plus approprié pour piloter ce groupe de réflexion. En effet, sa position stratégique lui permet de prendre le recul nécessaire sur les organisations et d'analyser constructivement les fonctionnements. Son regard extérieur aux services et son expertise en structure hospitalière lui donnent l'opportunité de réinterroger les pratiques et de mettre en exergue les points à améliorer. Il est donc l'acteur essentiel avec les équipes d'encadrement pour éclairer les choix organisationnels et en déduire les conditions nécessaires à l'exercice de la fonction d'encadrement.

Mais le DS, même suivi de ses cadres, ne peut travailler sans un groupe projet. Il aura alors pris soin de bien choisir ses collaborateurs, motivés, volontaires et compétents dans le domaine à travailler. Il devra également bien définir la mission de chacun et leur responsabilité dans la réalisation du projet. Une étape sera aussi de décrire les outils et moyens dont ils disposent pour travailler. Et enfin, l'autonomie laissée au groupe nécessitera que le DS leur rappelle le processus de validations des décisions, tel qu'il a été préalablement prévu dans l'établissement. Parallèlement, un calendrier sera réalisé, ce qui permettra de fixer les évolutions organisationnelles dans des échéances à respecter.

Pour terminer, il serait judicieux que le DS réalise, avec le service qualité, une enquête annuelle de satisfaction auprès des CS sur la qualité des organisations mises en place. Cette amélioration des conditions de travail devrait être palpable au travers des résultats d'enquête. C'est aussi par l'intermédiaire de ce questionnaire d'évaluation que l'on peut poser la question des besoins de réorganisations à venir et des propositions qui en découlent. Les cadres de santé sont souvent forces de proposition et nous pensons qu'il peut être intéressant de leur laisser une certaine créativité. En effet, les organisations hospitalières fonctionnent souvent selon des schémas très classiques. Des organisations plus innovantes sont possibles et ont déjà été pensées par les cadres de santé, à l'exemple de leur proposition de délégation des tâches administratives.

Cependant, il convient de noter que ce travail rigoureux sur les organisations doit également avoir pour objectif un gain de productivité et un gain financier pour l'établissement, notamment dans le contexte du CH ayant un plan de retour à l'équilibre budgétaire.

3.1.2 Harmoniser les organisations médicales et paramédicales

Une deuxième proposition consiste à réduire, voire supprimer les dysfonctionnements dans l'organisation médicale, qui désorganisent au quotidien le travail de l'équipe soignante et stressent les CS. Il s'agit de mettre en place une adéquation entre les organisations médicales et paramédicales. En effet, l'hôpital s'organise souvent en fonction de la structuration médicale mais sans parvenir à une harmonisation des organisations médicales et soignantes.

Par ailleurs, si nous voulons travailler sur les organisations, nous devons tenir compte au préalable de celles des médecins. Il s'agit donc ici d'améliorer la coordination entre le personnel médical et les équipes non médicales parallèlement au travail de réorganisation.

Nous pensons que cette réflexion sur les agencements médicaux et soignants peut être impulsée par le directoire. En effet, la fonction de CGS s'inscrit dans l'évolution des établissements de santé et sa participation au directoire est actuellement essentielle. Ainsi, en étant membre de droit de cette instance et grâce à sa connaissance des organisations et des projets en cours, le DS devient l'interlocuteur privilégié du président et vice-président du directoire. Il nous semble donc intéressant de réfléchir avec le président de CME à l'articulation des interventions des équipes médicales et même au final, à la collaboration entre tous les professionnels des services de soins.

Une fois la démarche impulsée par le sommet stratégique, il est plus aisé pour les managers de pôle, notamment les chefs de pôle et les cadres assistants, de travailler et de faire évoluer les organisations médicales.

3.1.3 Instaurer une fonction d'infirmière coordinatrice dans les services de soins

Devant l'intensification du travail des CS et afin d'alléger la charge de travail, il convient de réfléchir à une fonction intermédiaire qui permettrait de remettre le cadre de santé au contact des équipes puisque les CS souffrent de ne pas pouvoir faire ce qu'ils estiment nécessaire dans leur métier. La mise en place de ce rôle de personne ressource demande la création d'une nouvelle fonction qui gèrerait les tâches administratives, répétitives et quotidiennes. De plus, la posture managériale des CS évolue vers la responsabilisation de leur fonction, notamment au travers de suivis des indicateurs

d'activités et de dépenses. Ils se retrouvent dans une gestion de projet et démarche de contractualisation. Les prises de décisions sont d'ailleurs déconcentrées vers le trio de pôle et donc vers le cadre de santé de pôle. Il faut donc dégager du temps pour leur permettre de mener à bien ces missions.

La mise en place d'un infirmier référent, en soutien du CS, peut être une solution pour les recentrer sur leur fonction principale. Il s'agit ici de favoriser un transfert de compétences vers un(e) professionnel(le) qu'ils identifient dans les entretiens sous la qualification infirmière. A l'image des infirmières coordinatrices exerçant dans les EHPAD, elle constituerait un rouage essentiel et central dans l'organisation du service. Sa spécificité pourrait être l'accompagnement du CS dans ses missions administratives quotidiennes. Mais pour une bonne collaboration, il convient de bien définir le cadre dans lequel elle exerce. Les propos de C DE SINGLY viennent appuyer notre argumentaire : « Se situer dans une organisation suppose de connaître ses missions et ses objectifs définis à partir d'une fiche de poste »³⁸ A titre d'exemple et en termes de gestion du personnel, nous pourrions inscrire dans cette fiche l'encodage des plannings et la correction des anomalies dans le logiciel de gestion du temps, la validation des changements de plannings et la gestion de l'absentéisme dans le respect de règles de fonctionnement prédéfinies. En ce qui concerne les prestations de maintenance et logistique, la gestion de l'entretien technique des locaux et matériels mais aussi la gestion des stocks pourraient également faire parties de leurs activités.

L'installation de cette fonction n'ôte pas la nécessité de faire évoluer les équipements informatiques. Plus précisément, il s'agira d'acquérir un logiciel adapté à l'organisation de travail actuelle. En effet, de nos jours, la gestion des équipes n'est pas facilitée, l'élaboration des plannings et des congés annuels ont des impacts négatifs sur les conditions de travail des CS. Il ne faudrait pas reporter cette contrainte sur les infirmières coordinatrices des services.

Par ailleurs, toute coordination entre professionnelles, même de fonctions différentes, ici infirmières et cadres de santé, concourent souvent à de meilleures conditions de travail et à une prise en charge supérieure du patient. Mais cela suppose de préciser clairement le rôle de chacun avant d'interroger les organisations et de les faire progresser. Dans ce sens, il nous semble également indispensable de préciser que les décisions finales reviennent au CS car c'est lui qui est le premier responsable des conséquences de toute décision dans son unité de soins.

³⁸ DE SINGLY C., septembre 2009, Rapport de Mission Cadres Hospitaliers, Tome 1, p.73

La mise en place de cette proposition soulagerait les CS des multiples sollicitations et des nombreuses interruptions dans leur travail. Elle permettrait également de renforcer le rôle managérial des CS en allégeant leurs tâches administratives. Ils pourraient alors recentrer leur mission auprès des équipes et travailler davantage avec elles la mise en place des différents projets, comme ceux définis dans le projet de pôle par exemple. Et il appartient au DS de s'assurer que les CS ont les moyens de réinvestir le terrain et de « réanimer le dialogue »³⁹ avec leurs équipes.

3.2 Une politique de communication performante

3.2.1 Favoriser une organisation hospitalière qui garantit les échanges

Une action proposée vise à promouvoir la communication interne entre les CS et le DS. En effet, les formes d'organisation contemporaine de travail contribuent à la solitude des cadres de santé. L'isolement, l'absence de soutien social apparaît dans notre recherche comme un facteur de dégradation du bien être au travail des CS. Il faut donc réfléchir au décloisonnement de la fonction d'encadrement.

Par ailleurs, nous avons vu que les transmissions d'informations sont parfois défailtantes en milieu hospitalier. Le DS doit donc posséder une certaine propension à créer du lien afin de porter une connaissance partagée des projets de l'institution. Ainsi, cette communication étroite donnera du sens aux différentes demandes et sollicitations venant de la direction.

Il convient pour cela de développer les rencontres formelles et informelles DS–CS. Cela passe tout d'abord par des réunions d'encadrement régulières, faisant l'objet d'un ordre du jour préalablement diffusé, au déroulement structuré et à l'animation rigoureuse permettant l'expression de tous, dont la durée est antérieurement définie et respectée.

Une information de qualité peut également être donnée avec la collaboration du service de communication par affichage dans les services ou publication dans le mensuel de l'hôpital. L'avancée des différents projets, les actions réalisées, les prochaines étapes à mettre en place mais aussi certains indicateurs importants peuvent y être mentionnés. La présence d'images dans ce type de support est essentielle car les photos attirent

³⁹ DETCHESSAHAR M., mai 2012, Importance des cadres de santé à l'hôpital, <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/importance-des-cadres-de-proximite-hopital.html>

l'attention et éveillent l'intérêt du lecteur. Non seulement les cadres de santé auront l'information mais celle-ci sera en même temps transmise à l'ensemble des équipes.

Pour une communication plus réservée, l'information groupée « cadres de santé » par mail est aussi une méthode qui s'adapte au public d'encadrement. Cependant, le contenu doit être court et concis car nous avons vu que les CS ont une charge de travail importante. Ce procédé garantit à l'ensemble des équipes d'encadrement d'avoir le même niveau d'information en même temps.

Finalement, il ne faut pas perdre de vue que communiquer est un acte essentiel dans le domaine du management, et donc pour le DS. Sa pratique accroît l'efficacité des équipes de CS et il n'y a ainsi pas de perte de temps dans ces instants d'échanges partagés. C'est aussi par l'intermédiaire de cette communication que le DS va impulser une dynamique collective positive à son équipe d'encadrement.

3.2.2 Organiser des lieux de réflexion professionnelle

La mise en place de groupes de paroles pour lutter contre l'isolement professionnel des CS est aussi une proposition. Organiser des lieux de réflexion collectifs et de partage d'expérience de la fonction d'encadrement est un excellent moyen de rompre avec le sentiment d'isolement. Ces groupes d'échanges favoriseraient également une communication transversale et participeraient à développer un soutien social.

C. DEJOURS parle de « réhabiliter le vivre ensemble ». Ce sont des temps privilégiés où les équipes d'encadrement construisent ensemble leur identité collective de cadres et réfléchissent à leur organisation de travail.

D'ailleurs, cette absence de communication provoque souvent des carences dans l'organisation. En effet, lorsque les échanges d'information ne peuvent pas avoir lieu dans une équipe, la précipitation se traduit par des dysfonctionnements où chacun refait ou défait ce que les autres ont déjà fait. Y. CLOT traduit ce manque de relation professionnelle sur la santé : « Dans les milieux professionnels, quand on n'arrive plus à « discuter boulot », la santé se perd. Or le pouvoir d'agir se conquiert grâce à des collectifs qui acceptent de considérer que : ce qu'on ne partage pas sur le travail qu'on fait

est plus intéressant que ce qu'on partage déjà. »⁴⁰ La mise en place de collectifs pourrait alors être un bon moyen de prévenir la souffrance au travail. Ces temps d'échange permettront aux CS de développer ensemble leurs « ressources psychologiques et sociales ».

Ces espaces de discussion dans les collectifs doivent être centrés sur le travail. Pour autant, ce ne sont pas des réunions d'informations ou des réunions de suivi de projets. Ce sont des lieux de mise en discussion du travail des CS, de ses contradictions et de ses tensions, avec l'appui des pairs, de ceux qui partagent les mêmes expériences. Cet espace doit donc favoriser l'expression libre de l'encadrement sur le vécu des situations difficiles. Selon M. DETCHESSAHAR, les acteurs sont préservés lorsque leur activité peut régulièrement être explicitée, débattue, mise en discussion. Ces espaces participeront aussi, comme nous l'a précisé un DS interrogé, à dédramatiser certaines situations.

« La santé au travail réclame le développement de « débats d'école » exigeants sur la qualité du travail ». ⁴¹ Ce sont tous ces échanges qui participeront à la construction du sentiment d'identité, à la valorisation de l'esprit d'équipe mais aussi à la sensation d'appartenance au métier d'encadrement. Et lorsque le cadre de santé trouve sa place dans le collectif, il découvre du plaisir à retrouver ses collègues et à parler de son travail.

Ces échanges entre les cadres de pôle peuvent également être intéressants. En effet, ils participeront aux collectifs et entre eux, ils pourront croiser leurs regards et leurs pratiques. Nous pouvons alors espérer que ces groupes permettront de mettre en place une coordination entre les pôles afin de réduire le risque de balkanisation de ces derniers.

Mais cette mise en discussion du travail suppose une véritable ingénierie. Effectivement, il faut définir adroitement les caractéristiques des espaces de discussion. Tout d'abord, ces moments doivent être connus, programmés et repérés par l'ensemble des cadres de santé. La fréquence doit être définie à l'avance, pas trop espacée pour que les problèmes quotidiens puissent être abordés ; ni trop fréquemment pour ne pas alourdir l'emploi du temps des CS. Ensuite, l'animation doit être réalisée par un CS, c'est-à-dire par une personne qui exerce le même métier que les membres du collectif. C'est une condition indispensable pour que chacun puisse exprimer librement ses préoccupations. Et enfin, l'efficacité de ses groupes d'échanges ne pourra être évaluée qu'à long terme car il faut du temps pour qu'un climat de confiance s'instaure et que chacun puisse s'exprimer sans

⁴⁰ Yves Clot, « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe - 09 Septembre 2010, disponible sur internet : http://www.metiseurope.eu/yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner_fr_70_art_28903.html

⁴¹ CLOT Y., op. cit. p. 110

crainte. Et il nous semble que c'est au DS d'impulser ces collectifs de travail et de définir avec les équipes d'encadrement les caractéristiques les plus adaptées.

C. DE SINGLY préconise d'ailleurs un espace cadre dans chaque établissement de santé pour contribuer à créer une culture et des références communes⁴². C'est également l'un des objectifs de ces collectifs cadres. Il faut cependant faire attention de ne pas tomber dans quelques écueils en mettant en place ces espaces. Par exemple, les conversations ne doivent pas se situer sur un niveau compassionnel et le collectif ne peut se réunir que lorsqu'il y a souffrance d'un cadre.

D'ailleurs, Y. CLOT nous énonce : « le collectif pourrait devenir un rempart contre la souffrance au travail »⁴³. Il voit plutôt les collectifs comme moyen de prévention : « défendre un métier, de s'y attaquer en cultivant les affects, les techniques et les émotions qui le gardent vivant. »⁴⁴. Ces collectifs sont donc essentiels pour améliorer la qualité de vie au travail des cadres de santé et pour faire exister le métier dans sa corporation.

Certes, ils pourront mettre en évidence des contradictions et certains conflits personnels. Mais collectivement, il est fort possible que les équipes d'encadrement trouvent des pistes pour gérer ces rivalités et atténuer les tensions dans leur travail. Nous pouvons même envisager que des pistes de restructuration soient proposées. S'il en est ainsi et que le DS en est informé, il conviendra alors pour lui de valoriser les solutions apportées à ces difficultés. Cela peut se faire durant « la semaine de la qualité de vie au travail »⁴⁵.

Néanmoins, tout cela ne peut se faire sans la formalisation d'une charte de management. Celle-ci pourrait regrouper, à titre d'exemples, les valeurs portées par l'encadrement, les outils mis à disposition pour évaluer la performance des pôles ou encore les bonnes pratiques de dialogue au sein de l'établissement. Diffuser cette politique managériale offre alors l'occasion au DS mais aussi au DRH de valoriser les équipes d'encadrement et de donner sens à leur fonction. C'est aussi une façon de confirmer que la préoccupation majeure de la politique des ressources humaines est la qualité de vie au travail.

Et enfin, pour permettre aux CS des moments de répit, un local pourrait leur être aménagé. A proximité du self, il leur serait attribué le midi ou en début d'après-midi. Il

⁴² DE SINGLY C., septembre 2009, Rapport de Mission Cadres Hospitaliers, tome 1, p. 78 - 79

⁴³ CLOT Y., op. cit. p. 174

⁴⁴ CLOT Y., op. cit. p. 175

⁴⁵ HOFFEL O., octobre 2012, «la semaine de la qualité de vie au travail : c'est parti jusqu'au 26 octobre 2012 », disponible sur internet : <http://laqvt.fr/la-semaine-de-la-qualite-de-vie-au-travail-cest-parti-jusquau-26-octobre-2012>

permettrait alors aux CS de se retrouver autour d'un café, d'échanger sur le sujet de leur choix et de se ressourcer.

3.3 Un management opérationnel pour la conduite du changement

3.3.1 Mettre en place une dynamique positive entre le DS et les CS

Pour renforcer leur qualité de vie au travail, l'une des demandes des CS, est d'avoir un directeur des soins porteur d'une dynamique positive. Ce besoin s'accroît dans un contexte de plan de retour à l'équilibre où les contraintes économiques semblent peser davantage.

Alors dans les mises en place de projets où les groupes de travail peuvent être nombreux, cette dynamique positive est très importante pour les CS. C'est ce qui leur donnera l'élan et la motivation nécessaires pour s'inscrire et s'investir dans le projet. Le DS doit donc être porteur de cette politique. Nous pensons qu'une telle dynamique repose tout d'abord sur une qualité de relation entre les CS et leur DS. Nous avons vu plus haut comment mettre en place une politique de communication performante à l'hôpital. C'est une condition essentielle. Mais la disponibilité du DS avec ses équipes d'encadrement se révèle également indispensable. Pouvoir le joindre pour une question, l'interpeller en cas de problématiques, le solliciter dans le cadre de la mise en place d'un projet sont autant d'éléments où l'on perçoit la disponibilité d'un DS et l'attention qu'il met à accompagner ses équipes d'encadrement.

Ensuite, le DS doit toujours avoir en tête de reconnaître et valoriser les accomplissements des CS. Concrètement, cela peut se traduire par privilégier les présentations par les cadres eux-mêmes de leur projet dans les instances, les solliciter pour publications de leurs travaux dans le journal interne ou une revue professionnelle mais aussi profiter de la semaine encadrement pour valoriser les projets et aboutissements des CS.

Le DS ne doit pas non plus hésiter à demander le soutien de l'Agence Nationale d'Appui et de la Performance (ANAP) pour les projets que conduisent les équipes d'encadrement. En effet, le DS ne peut pas être sollicité continuellement. Dans les projets de réorganisation complexe, l'ANAP peut se révéler être une aide précieuse, appréciée par les CS.

Ensuite, le DS se doit de développer une qualité de vie au travail. Pour la mettre en place, une politique de soins définie comme telle par le DS et portée par l'ensemble des équipes est l'assurance que chacun va tendre vers cette dynamique. Le projet de soins, outil managérial, stratégique et politique, doit être porteur de cette politique. Le DS, dans la conduite de son projet, peut orienter son management dans la prise en compte de leurs préoccupations, de leurs contraintes. Les orientations définies auront pour finalité l'instauration d'une dynamique positive, centrée sur la qualité de vie au travail. Les valeurs portées par le DS, les équipes d'encadrement et les équipes de soins iront alors dans cette direction. C'est aussi le cadre de référence qui donnera sens aux pratiques dans l'hôpital. Par contre, l'appropriation du projet se fera à travers des actions concrètes et réalisables. Une communication interne organisée pour connaître cette politique et partager ce projet de soins sera aussi nécessaire.

Il nous semble également indispensable de rappeler que lorsque le DS porte une dynamique positive et volontariste de qualité de vie au travail, celle-ci a également une valeur d'exemplarité pour les équipes d'encadrement. Elles prendront alors soin de leurs équipes soignantes. Et à leur tour, ces dernières prendront soin des patients et usagers. Ce cycle vertueux n'est pas négligeable.

Et enfin, nous conseillerons au DS d'être attentif aux souhaits et bienveillant aux aspirations des CS mais aussi à l'écoute de leurs situations personnelles et individuelles. Il ne s'agit pas ici de s'immiscer dans leur vie privée mais de leur porter de la considération et une attention particulière. Ce sont des facteurs de reconnaissance personnelle qui participent également au bien-être au travail des CS. Nous pensons, que même si la bienveillance peut être perçue comme une indulgence excessive ou un manque de positionnement, cette attitude a l'intérêt de questionner notre conception de l'autorité et notre style de management. La bienveillance en management demande d'être à l'écoute, de se centrer sur les faits et les paroles en évitant de les interpréter. Elle incite à dire les choses avec délicatesse. Elle permet aussi de prendre en compte l'autre avec ses limites et les sentiments qui l'animent. Finalement, toute cette démarche converge vers une amélioration de la qualité des relations entre le DS et les CS.

3.3.2 Aider les CS dans l'acculturation de la nouvelle gouvernance

Lors de notre enquête, les cadres de santé ont démontré qu'ils rencontraient quelques difficultés à se repérer dans la nouvelle gouvernance et notamment à différencier les liens

hiérarchiques et fonctionnels. Nous allons donc proposer des pistes de solution qui vont leur permettre de s'acculturer au nouveau mode de management à l'hôpital.

En premier lieu, la formation initiale des cadres de santé à l'IFCS doit d'ores et déjà impulser ce changement culturel de la nouvelle gouvernance pour permettre aux CS une meilleure prise de fonction.

Ensuite, des formations internes plus spécifiques peuvent être réalisées pour une meilleure adaptation du CS à l'organisation polaire de l'établissement où il exerce. L'acculturation offerte par ce découpage en pôle d'activité représente un levier important pour concrétiser l'entraide que l'on souhaite apporter aux CS. Nous pensons que cette formation interne doit être rendue prioritaire et pourquoi pas obligatoire pour tout cadre de santé qui prend ses fonctions (faisant fonction ou mutation). Tout d'abord, il y aura lieu d'éclairer les CS sur l'organisation et le fonctionnement des pôles. Après, les outils de gestion des pôles pourront être présentés : le projet de pôle, les tableaux de bords de suivi des délégations de gestion, le rapport d'activités des pôles, etc. Et enfin, c'est aussi lors de ces sessions de formation que seront explicités et diffusés aux CS la ligne managériale et les circuits décisionnels au niveau polaire et institutionnel. Ces formations peuvent d'ailleurs être ouvertes aux Chefs de pôle et cadres gestionnaires de pôle. Ce sont également des moments privilégiés pour favoriser le dialogue entre les différentes cultures à l'hôpital et ainsi parvenir à mieux travailler ensemble.

Cette proposition nous semble importante car l'hôpital évolue rapidement et des changements paradoxaux se succèdent parfois. A titre d'exemple, les conseils de pôle instaurés dans la nouvelle gouvernance ont disparus dans la loi HPST. Il est donc essentiel que les informations récentes transitent jusqu'aux CS et que des orientations claires leur soient données pour qu'ils puissent davantage comprendre l'organisation qui les entoure.

3.4 Une posture managériale du directeur des soins à affirmer

3.4.1 Une position plus soutenue du DS avec le président de CME

Cette proposition s'inscrit plutôt dans la dimension stratégique de la fonction de Directeur des soins.

Actuellement, le président de CME et le CGS voient leurs espaces de décision converger. Leurs périmètres de jugement s'ajustent régulièrement mais leurs champs d'action se croisent davantage. Il en est de même pour les Chefs de pôle. Ils sont à présent associés à la stratégie d'établissement et à sa mise en œuvre. Quant au directeur de soins, il réinterroge même les organisations médicales. Il est donc impératif que, de nos jours, le DS travaille de façon plus soutenue avec les chefs de pôle mais surtout avec le président de CME.

Lors des entretiens, un CGS nous informe qu'il porte la parole des cadres au directoire. Cet élément démontre qu'il occupe déjà une posture managériale dans cette instance. Et précédemment, nous avons vu que le DS doit travailler les restructurations organisationnelles internes avec le président de CME afin de les optimiser et de les rendre plus efficaces. A cette étape de notre travail, en lien avec la politique nationale de santé, nous préconisons aussi l'appropriation des projets institutionnels et territoriaux par ces deux acteurs.

En effet, actuellement, il faut davantage structurer les organisations dans une dimension de parcours patient et à un niveau qui dépasse celui du pôle. Mais ce niveau institutionnel ou territorial peut se révéler parfois complexe et contraignant pour les équipes d'encadrement. En conséquence, il est essentiel que le DS et le président de CME portent cette réflexion au niveau stratégique et lancent clairement les projets auprès des chefs de pôle et cadres de santé. Ensuite, ils pourront les guider et les accompagner dans ces réorganisations, tout en leur laissant une autonomie satisfaisante. Nous pensons que la qualité de vie au travail des CS, c'est à la fois leur donner les moyens d'anticiper une réorganisation et ses impacts prévisibles, mais aussi les accompagner dans les restructurations et les éventuelles périodes de déstabilisation.

Et enfin, toujours dans un souci de donner plus vite aux équipes d'encadrement une qualité de vie au travail et donc de ne pas laisser les réorganisations perdurer infiniment, nous pensons qu'il est judicieux d'inscrire régulièrement l'actualisation des organisations dans le programme des instances à l'hôpital. Les rythmes des instances sont une garantie de faire un point régulier sur l'avancée des projets et il est du ressort du DS et du président de CME de programmer ces étapes.

3.4.2 Une présence du DS leadership sur le terrain

Dans une dimension plus opérationnelle du directeur des soins, les CS interviewés ont émis le souhait de le voir tel un véritable leadership, présent dans les services de soins.

Nous entendons par leadership un manager qui gère le changement et qui possède de véritables capacités à mobiliser les CS. Ces derniers attendent donc de leur DS qu'il les pilote et les dynamise tout en venant à leur rencontre dans les services et touche du doigt leurs contraintes quotidiennes.

Une présence ponctuelle, voire régulière, du DS sur le terrain, est donc particulièrement attendue. C'est une façon, pour les CS, que le DS comprenne de manière plus pragmatique leur réalité managériale. Par contre, nous pensons que le DS devrait accompagner d'autant plus les CS que l'organisation est complexe et marquée d'incertitudes. Il doit donc être davantage présent et à l'écoute lors des moments de changement, de réforme ou encore lors de contraintes comme dans un contexte de PRE. C'est le cas dans l'un des établissements où nous avons enquêté et l'accompagnement doit alors être privilégié.

Lors des 10èmes journées nationales d'étude des directeurs des soins, sur la thématique du développement durable, M. DETCHESSAHAR a parlé d'accompagnement « sur la scène du travail »⁴⁶. Pour lui, il est indispensable que le DS manage le travail des cadres de santé au plus près de leur activité. En effet, toujours selon M. DETCHESSAHAR, le DS ne doit pas être en contact avec les difficultés des CS « une fois l'année » mais il recommande aux directeurs d'accompagner régulièrement les cadres à « réanimer » le dialogue sur le travail de terrain.

C'est donc pour le directeur des soins l'occasion qu'il ne s'éloigne pas du réel, qu'il reste en contact avec les organisations soignantes et qu'il visualise les aménagements de travail mis en place. Par ailleurs, la présence du DS dans les services de soins permet une communication informelle qui participe au maintien d'un relationnel de qualité avec les équipes d'encadrement et soignantes. C'est aussi une façon de conserver une proximité avec les cadres, de les soutenir dans leur quotidien et de participer à l'exemplarité managériale. Toutefois, dans cette démarche, il nous semble pertinent que le DS informe au préalable le chef de service et le cadre de l'unité de sa venue, tout simplement par courtoisie et pour éviter d'arriver dans un emploi du temps trop chargé de ses interlocuteurs.

Par ailleurs, en lien avec l'historique de P. BOURRET et nos entretiens, nous pensons que le DS doit prendre en compte, lorsqu'il est sur le terrain, la nécessité pour les cadres de santé de conquérir une légitimité face au corps médical. Il est donc utile que le directeur des soins mette en valeur la fonction d'encadrement, les points forts et atouts de

⁴⁶ AFDS, 10èmes journées nationales d'étude des DS, octobre 2012, « Santé et développement durable : de l'intention à l'action » Intervention de DETCHESSAHAR M. « Une projection 3D : Désempêcher, Désemboliser, Désenclaver », jeudi 4 octobre 2012, Palais des congrès, Arles

la personne encadrant mais aussi valorise les activités de terrain des CS auprès des différents médecins.

Finalement, son rôle de leadership, conféré par son positionnement dans l'équipe de direction et sa proximité envers les centres opérationnels de l'hôpital, est pour nous un atout pour conduire et réussir les changements organisationnels.

CONCLUSION

« C'est le travail et l'organisation qu'il faut soigner »⁴⁷ Si cette affirmation est précieuse à Y. CLOT, elle doit l'être tout autant pour les directeurs des soins.

En effet, nous avons vu tout au long de ce travail qu'il faut penser en termes d'organisation à l'hôpital pour garantir une qualité de vie aux cadres de santé. Traiter les risques psycho sociaux des CS n'aura que peu d'effets si la dimension organisationnelle n'est pas interrogée et la restructuration améliorée en amont.

L'enquête menée dans les 2 établissements de santé révèle qu'un certain nombre de tensions, de situations de stress proviennent d'une organisation défaillante, qui ne s'ajuste pas aux cadres qui y travaillent. Actuellement, devant les pressions économiques et les exigences réglementaires, les établissements de santé ne parviennent plus à s'adapter aussi vite que ce qu'on leur demande d'absorber. On constate alors que l'hôpital évolue mais les organisations restent encore trop souvent figées. La fonction d'encadrement, sur laquelle repose beaucoup d'attentes, s'en trouve fortement impactée.

Face aux difficultés croissantes des cadres de santé et si nous souhaitons maîtriser la qualité des soins et l'efficacité de nos établissements, nous n'avons plus le choix. La qualité de vie au travail des CS devient un enjeu majeur pour le DS. Il se doit donc de reconnaître le risque organisationnel et de tout mettre en œuvre pour réformer dans la durée le travail des CS.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs fait de la qualité de vie au travail un thème prioritaire de la certification. Il constitue aussi une dimension du développement durable, thématique de la Version 2010 (V2010)⁴⁸. L'objectif de l'HAS est d'engager les établissements de santé à promouvoir le développement durable dans leur stratégie. L'intégrer à la culture organisationnelle permet donc d'inscrire la qualité de vie au travail comme un engagement fort de l'institution, dans une perspective de continuité et de durabilité. Cette démarche nous renvoie ici au management durable des équipes

⁴⁷ CLOT Y., « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe, 14 décembre 2010, disponible sur internet : <http://www.regards-citoyens.com/article-yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner-par-claude-emmanuel-triomphe-metis-62760776.html>

⁴⁸ HAS, manuel de certification V 2010, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_923646/traduction-du-developpement-durable-dans-le-manuel-de-certification-v2010

d'encadrement et au développement responsable des organisations hospitalières dans une perspective longue.

En tant que DS, ce travail de recherche nous a permis de porter une réflexion sur la nécessité d'améliorer les organisations de travail et a conforté notre souhait d'une étroite collaboration avec le président de CME. Notre prise de fonction s'effectuera dans un nouvel établissement, à 650 kms de notre région actuelle. Nous profiterons ainsi de notre regard extérieur pour nous inscrire dans la plupart des préconisations décrites dans ce travail. Cette approche nous engagera alors, avec les équipes d'encadrement, dans une démarche d'amélioration durable de leur qualité de vie au travail. Régulièrement, nous nous efforcerons donc d'entretenir cette dynamique préventive et positive.

Au final, dans le contexte national de lutte contre la dette publique et de recherche d'efficience, il ne fait aucun doute que ces prochaines années vont donner lieu à de nombreuses réorganisations forcées dans le domaine hospitalier. Plutôt que les mettre en place dans l'urgence et la contrainte, nous pensons que notre démarche a toute sa pertinence et son intérêt pour l'ensemble des acteurs à l'hôpital, y compris pour les patients et usagers.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal Officiel de la République Française n°1008 du 18 janvier 2002, p. 1008

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DRT n° 6 du 18/04/02 pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

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, page 12184

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Journal Officiel de la République Française n°0227 du 30 septembre 2010, texte n°35

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, soins intensifs et de surveillance continue, paru au Journal Officiel de la République Française n°82 du 7 avril 2002, p.6188, texte n°12

Ouvrages :

ANGEL P., AMAR P., GAVA M.J., 2005, *Développer le bien-être au travail*, Ed. Dunod, 180 p.

BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Ed. Séli Arslan, 269 p.

CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, 188 p.

DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Ed. Bayard, 275 p.

FRIEDBERG E, CROZIER M, 1997, *l'acteur et le système*, Ed du Seuil, Collection Points, 478 p.

MAYRAND LECLERC M., DELMAS P., 2006, *sortir du management panique Tome 1 Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, Ed. Lamarre, 193 p.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDITS HOSPITALIERS (MEAH), CENTRE DE GESTION SCIENTIFIQUE DE L'ECOLE DES MINES DE PARIS, 2008, *Organisation hospitalière, approche et expériences*, Ed. Berger-Levrault, 339 p.

SALOME J., POTIE C., 2000, *Oser travailler heureux : entre prendre et donner*, Ed. Albin Michel, 220 p.

SYNDICAT DES MANAGEURS PUBLICS DE SANTE, 2011, *Etude sur les conditions d'exercice des managers publics de santé*, Paris, 97 p.

THIETART R-A, 2004, « Que sais-je ? Le management », Presses Universitaires de France, Paris

Articles :

DETCHESSAHAR M., Mai 2011, « *la santé au travail* », Revue Française de Gestion, n° 214, p 89

DETCHESSAHAR M., Décembre 2009, « *Un organisme de santé... malade de gestionnité* », Revue Gérer et Comprendre, n° 98, pp. 27-36

MEDA D., 24 janvier 2012, dossier « *la dégradation du travail a gagné les cadres* », Revue Le Monde, pp. 4-5

Rapports :

COMPAGNON C., GHADI V., 2009, *rapport sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, étude sur la base de témoignages*, 97 p.

DE SINGLY C., 2009, *rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 125 p.

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, *rapport sur le Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Paris, 19 p.

NASSE P., LEGERON P., 2008, *rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Paris, 42 p.

Mémoires :

BACLE M.L., 2011, *Accompagner les cadres de santé face aux situations stressantes : un défi managérial pour le directeur des soins*, mémoire Directeur des soins, EHESP, 65 p.

BECU S., 2010, *La bientraitance managériale : recherche et développement*, mémoire Directeur des soins, EHESP, 38 p.

Sources et documents :

LAUDE L., Cours « *Changement et accompagnement social* » du 3 juillet 2012, Filière DS, module Sociologie des organisations et des relations sociales à l'hôpital, EHESP, Rennes

Sites Internet :

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL, le stress, disponible sur Internet : http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index_html [visité le 27.02.12]

CLOT Y., « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe - 14 décembre 2010, disponible sur internet : <http://www.regards-citoyens.com/article-yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner-par-claude-emmanuel-triomphe-metis-62760776.html> [visité le 30.07.12]

CLOT Y., « le travail souffre, c'est lui qu'il faut soigner ! » par Claude Emmanuel Triomphe - 09 Septembre 2010, disponible sur internet : http://www.metiseurope.eu/yves-clot-le-travail-souffre-c-est-lui-qu-il-faut-soigner_fr_70_art_28903.html [visité le 27.08.12]

DARCOS X., 2009, annonce du plan de lutte contre les RPS, disponible sur Internet : <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,409/xavier-darcos-annonce-un-plan-d,10549.html> [visité le 30.03.12]

DARES, Conditions de travail, disponible sur Internet : [www.travail-solidarite.gouv.fr/rubrique_statistiques/conditions de travail](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/rubrique_statistiques/conditions_de_travail) [visité le 19.04.12]

DETCHESSAHAR M., mai 2012, Importance des cadres de santé à l'hôpital, disponible sur internet : <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/importance-des-cadres-de-proximite-hopital.html> [visité le 16.09.12]

FOCUS RH, Fondation de Dublin : 4^{ème} enquête sur les conditions de travail en Europe, disponible sur Internet : <http://www.focusrh.com/strategie-ressources-humaines/attirer-fideliser-salaries/a-la-une/fondation-de-dublin-quatrieme-enquete-sur-les-conditions-de-travail-en-europe.html> [visité le 16.04.12]

HAS, manuel de certification, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_923646/traduction-du-developpement-durable-dans-le-manuel-de-certification-v2010 [visité le 24.09.12]

HOFFEL O., octobre 2012, « la semaine de la qualité de vie au travail : c'est parti jusqu'au 26 octobre 2012 », disponible sur internet : <http://laqvt.fr/la-semaine-de-la-qualite-de-vie-au-travail-cest-parti-jusquau-26-octobre-2012> [visité le 18.10.12]

LIVIAN Y.F., « Introduction à l'analyse des organisations », 2000, Ed. Oeconomica, Wikipédia, Définition organisation du travail, disponible sur internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail [visité le 02.03.12]

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'entretien à destination des cadres de santé

ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destination des directeurs des soins

ANNEXE 3 : Grille d'analyse des entretiens

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES DE SANTE

TRAVAIL DE RECHERCHE

« MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE : REDUIRE LES TENSIONS ORGANISATIONNELLES POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL »

ISABELLE WILLEMOT

DIRECTEUR DES SOINS 2012
EHESP RENNES

1. Présentation et Annonce du contexte :

- Présentation : Actuellement Directeur des Soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, cet entretien se déroule dans le cadre de mon mémoire qui traite de la réduction des tensions organisationnelles pour favoriser le travail au quotidien des équipes d'encadrement.
- Entretien enregistré si vous êtes d'accord mais strictement anonyme.
- Les questions abordent différents aspects de votre vie professionnelle avec notamment votre regard et point de vue sur les contraintes au travail.
- Je vous remercie dès à présent de me recevoir et d'accepter cet entretien.

2. Pourriez-vous commencer par vous présenter SVP :

Votre âge, formation, expérience professionnelle, formations complémentaires,
Ancienneté dans l'établissement, dans la fonction et le poste actuel,
Taille de l'établissement, du pôle, du service, effectifs des équipes sous votre responsabilité

3. Pouvez-vous me parler de votre fonction aujourd'hui ?

Quelles évolutions avez-vous ressenties depuis le début de votre carrière ? En positif et négatif
Comment définiriez-vous votre travail au quotidien ?
Quelles en sont les particularités ? Ses contraintes ?
Que trouvez-vous de particulièrement difficile dans votre fonction ? Que trouvez-vous stressant ?
Pouvez-vous me parler de votre contexte de travail plus en détail ?

4. Quel lien faites-vous entre qualité de vie au travail et organisation ?

Comment concevez-vous votre organisation de travail ?

Que pouvez-vous dire de l'organisation du travail en général pour l'ensemble des cadres de santé ?

Et plus spécifiquement pour vous ?

Vous avez des situations précises à me décrire, tirées de votre expérience quotidienne où votre organisation de travail devient une contrainte ?

La qualité de vie au travail passe, selon vous, par la mise en œuvre de quelles actions ?

Avez-vous des idées, des attentes, ou encore des souhaits d'actions pour améliorer votre organisation du travail ?

Quels sont selon vous les leviers et freins à prendre en considération pour améliorer votre organisation de travail ?

5. Comment qualifieriez-vous vos contraintes ?

Quelles contraintes impactent fortement votre travail ?

A quel moment votre travail est difficile ?

Avez-vous l'impression de vous retrouver parfois dans des contraintes paradoxales ? Si oui, lesquelles ? Dans quelle situation ?

Avez-vous le ressenti que vos contraintes sont connues par le directeur des soins ?

Qu'attendez-vous du directeur des soins ? En quoi peut-il vous aider à améliorer votre organisation de travail ? Comment le DS peut-il réduire les contraintes qui s'imposent à vous ? Selon vous, quelle attitude le DS doit-il adopter avec vous pour rendre votre organisation de travail moins contraignante ?

Avez-vous des propositions concrètes pour l'avenir ? Quel pourrait être le rôle du DS dans ces actions à mettre en place ?

Pensez-vous plutôt que le DS constitue une contrainte supplémentaire dans votre travail ou au contraire une protection contre certaines contraintes institutionnelles ou extérieures ?

6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour votre collaboration à cette étude et vous souhaite une bonne continuation dans votre travail.

**GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION
DES DIRECTEURS DE SOINS**

TRAVAIL DE RECHERCHE

**« MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE :
REDUIRE LES TENSIONS ORGANISATIONNELLES POUR
AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL »**

ISABELLE WILLEMOT

**DIRECTEUR DES SOINS 2012
EHESP RENNES**

1. Présentation et Annonce du contexte :

- Présentation : Actuellement Directeur des Soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, cet entretien se déroule dans le cadre de mon mémoire qui traite de la réduction des tensions organisationnelles pour favoriser le travail au quotidien des équipes d'encadrement.
- Entretien enregistré si vous êtes d'accord mais strictement anonyme.
- Les questions abordent différents aspects de votre vie professionnelle avec notamment votre regard et votre point de vue sur la qualité de vie au travail des cadres de santé.
- Je vous remercie dès à présent de me recevoir et d'accepter cet entretien.

2. Pourriez-vous commencer par vous présenter SVP :

Votre âge, formation, expérience professionnelle,
Ancienneté dans l'établissement, dans la fonction et le poste actuel,
Taille de l'établissement, nombre de CS et CSS sous votre responsabilité

3. Pouvez-vous me parler de la fonction d'encadrement aujourd'hui ?

Quelles évolutions de la fonction d'encadrement avez-vous ressentie depuis le début de votre carrière ?

Comment définiriez-vous le travail des cadres de santé ?

Quelles en sont les particularités ?

Que trouvez-vous de difficile dans cette fonction ?

4. Quel lien faites-vous entre qualité de vie au travail et organisation ?

Comment concevez-vous le travail des cadres au quotidien ?

Que pouvez-vous dire de l'organisation du travail des cadres de santé ?

Quelles contraintes organisationnelles impactent leur travail ?

Pour améliorer la qualité de vie au travail des cadres de santé, quelles actions faut-il mettre en œuvre ? Comment les mettre en œuvre ?

5. Comment qualifieriez-vous les contraintes des cadres de santé ?

Selon vous, quelles contraintes impactent la fonction de cadre de proximité et de cadre supérieur de santé ?

Que vous disent les cadres de santé des contraintes qu'ils rencontrent ? Quelles attentes vous formulent-ils ? Quelles sont les réponses que vous apportez ?

Quelles actions avez-vous mis en place pour améliorer l'organisation du travail des CS ?

Quels sont les freins et leviers à la mise en œuvre de ces actions ?

Avez-vous des propositions concrètes pour l'avenir : quel pourrait être votre rôle dans ces actions à mettre en place ?

Comment pouvez-vous réduire les contraintes qui s'imposent à eux ?

Tentez-vous de les protéger des contraintes extérieures ? Si oui, comment ?

Selon vous, quelle attitude devez-vous adopter pour rendre leur organisation de travail moins contraignante ? Quelles adaptations dans l'organisation du travail pouvez-vous mettre en place ?

Vous arrive-t-il de leur formuler des demandes paradoxales ?

Avez-vous l'impression parfois par vos différentes demandes de rajouter une contrainte supplémentaire dans le travail des cadres de santé ?

6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour votre collaboration à cette étude et vous souhaite une bonne continuation dans votre travail.

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

THEMES ABORDES DANS LA COLLECTE DES DONNEES	ENTRETIEN 1 CSS GERIATRIE (12 ans CS et 5 ans CSS) CH1	ENTRETIEN 2 CSS PYCHIATRIE (6 ans CS et 3 ans CSS) CH2	ENTRETIEN 3 CS REA (6 ans dont 2 en réa) CH1	ENTRETIEN 4 CS CHIR (13 ans dont 3 ans en chir) CH1	ENTRETIEN 5 CS IADE BLOCS (10 ans dont 4 ans au bloc) CH2	ENTRETIEN 6 CGS (7 ans DS dont 2 ans sur ce poste) CH1	ENTRETIEN 7 CGS (5 ans DS sur ce même poste) CH2
1. LA FONCTION D'ENCADREMENT SOUS THEME 1 Une fonction administrative SOUS THEME 2 Des déterminants organisationnels stressants							

<p>2. UNE ORGANISATION DEFAILLANTE</p> <p>SOUS THEME 1 Des logiques hospitalières différentes</p> <p>SOUS THEME 2 Une charge mentale importante</p>							
<p>3. PISTES DE REORGANISATION</p> <p>SOUS THEME 1 Des contraintes connues des DS</p> <p>SOUS THEME 2 Des réorganisations de travail proposées</p>							

WILLEMOT

ISABELLE

DECEMBRE 2012

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

MANAGEMENT DES CADRES DE SANTE : REDUIRE LES TENSIONS ORGANISATIONNELLES POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Résumé :

Le stress au travail est le principal risque psycho-social pour les équipes d'encadrement. La qualité de vie à l'hôpital s'impose donc comme un élément incontournable dans la gestion des cadres de santé.

Dans le panorama des contraintes, nous avons souhaité étudier les déterminants organisationnels qui mettent en tension les équipes d'encadrement.

L'enquête nous permet de mettre en évidence une fonction d'encadrement qui se complexifie dans une organisation hospitalière qui n'évolue pas suffisamment pour permettre aux cadres de santé de travailler de façon efficiente.

Le Directeur des Soins doit donc questionner les organisations de travail. Tout d'abord, dans sa dimension opérationnelle, il est attendu qu'il favorise une organisation hospitalière qui garantisse une communication performante et qu'il accompagne les équipes d'encadrement dans le changement. Ensuite, dans la dimension stratégique du DS, l'amélioration des organisations doit être engagée au niveau institutionnel et s'inscrire dans une politique partagée avec le président de CME.

C'est ainsi que les organisations s'ajusteront pour permettre aux cadres de santé une meilleure qualité de vie au travail.

Mots clés :

ETABLISSEMENT DE SANTE, ORGANISATION, DIRECTEUR DES SOINS, MANAGEMENT, STRESS, TENSION, CONTRAINTE, RISQUES PSYCHOSOCIAUX, QUALITE DE VIE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.