



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Concilier performance
et qualité de vie au travail :
un enjeu pour le Directeur des Soins**

Philippe DESTRIEZ

Remerciements

Ils s'adressent :

Aux professionnels, qui ont participé à l'enquête et qui nous ont permis d'étayer notre réflexion,

A tous les collègues de la promotion 2012, pour leur soutien, et leur solidarité,

A Isabelle MONNIER, pour l'aide apportée tout au long de ce travail,

Et plus particulièrement,

A mes enfants, pour leur soutien attentif, et à Christine pour sa patience, sa compréhension et son implication sans faille.

*Ce qui compte ne peut pas toujours être compté,
et ce qui peut être compté ne compte pas toujours.*

Albert Einstein

Sommaire

Introduction	1
1 Le Directeur des Soins, entre performance et qualité de vie au travail.....	7
1.1 La performance, un concept plus utilisé que défini.....	7
1.1.1 Une polysémie à partager.....	7
1.1.2 La recherche de performance à l'Hôpital.....	8
1.1.3 Mesurer la performance à l'hôpital	10
1.2 La qualité de vie et la santé au travail des indicateurs	11
1.2.1 De la Qualité de vie à la Qualité de vie au travail.....	11
1.2.2 Des conditions de travail à la qualité de vie au travail	12
1.2.3 La santé au travail, des indicateurs, des outils et des actions.....	13
1.2.4 Les facteurs d'influence sur la santé au travail.....	15
1.2.5 L'influence de la santé au travail sur la performance	16
1.3 Le management.....	17
1.3.1 Une définition choisie.....	17
1.3.2 Le management hospitalier une particularité.....	18
1.3.3 La relation des professionnels avec le travail	19
1.3.4 Le management dans la complexité par ou pour la performance.....	21
1.3.5 Quand le management n'est pas le problème mais la solution	22
2 Observer et analyser le terrain	23
2.1 Le cadre de l'enquête	23
2.1.1 La méthodologie d'investigation	23
2.1.2 Le choix de l'établissement et des personnes interviewées	23
2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête	25
2.2 Les informations exprimées par les professionnels.....	25
2.2.1 Un contexte Hospitalier incertain et des tensions aux origines diverses	25
2.2.2 Le sens de la Performance, une évolution dans quel sens ?	29
2.2.3 Les attentes exprimées par les professionnels.....	35
2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses	39

3 Concilier qualité de vie au travail et performance, des préconisations pour le Directeur des Soins	41
3.1 Cohérence institutionnelle, un enjeu stratégique pour le Directeur des Soins	41
3.1.1 L'intégration du facteur humain dans la politique des ressources humaines et dans l'évaluation de la performance	42
3.1.2 D'une politique managériale à un projet de management.....	43
3.1.3 La mise en œuvre d'une politique de santé au travail.....	45
3.1.4 Une collaboration nécessaire entre DS, DRH et médecine du travail.....	45
3.2 Une stratégie managériale pour le Directeur des Soins.....	46
3.2.1 Partager des objectifs explicités.....	47
3.2.2 Identifier le cadre de proximité comme vecteur de sens.....	47
3.2.3 Opérationnaliser par l'animation des cadres de santé	48
3.3 Une conciliation par l'analyse des organisations	50
3.3.1 Recenser les changements.....	50
3.3.2 Mesurer la charge de travail dans son ensemble	50
3.3.3 Analyser l'influence des conditions de travail sur la santé	51
3.3.4 Donner du sens aux protocoles et aux procédures au quotidien	51
Conclusion	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAS :	Activités Afférentes aux Soins
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
AS :	Aide-Soignant(e)
CGS :	Coordonnateur Général des Soins
CHSCT :	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT :	Contrat Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CS :	Cadre de Santé
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
CSIRMT :	Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
DG :	Directeur Général
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRD :	Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
GMSIH :	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
MAINH :	Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier
MCP :	Médecin Chef de Pôle
MEAH :	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MT :	Médecin du travail
OMS :	Organisation Mondiale de la santé
ORSOSA :	Enquête sur l'Organisation des Soins et Santé des Soignants
PMSI :	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PS :	Partenaires Sociaux
SIIPS :	Soins Infirmiers Individualisés à la personne Soignées
T2A :	Tarifification A l'Activité

Introduction

Le rapport entre l'état de santé des salariés et la performance des entreprises est étroit. Il renvoie à la dimension sociale et économique de chacun d'eux. Une organisation performante s'identifie, également, par le consensus qui existe autour des objectifs individuels et des objectifs de l'établissement. La recherche de productivité évolue dans un environnement en mutation, qui est exigeant à l'égard de la rationalité des ressources et de la qualité du service rendu. Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) d'Avril 2007 sur les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et le pilotage des dépenses hospitalières, la performance recouvre simultanément l'efficacité socio-économique, la capacité de répondre aux besoins de santé, l'efficience économique et organisationnelle, la qualité de service et la meilleure prise en charge du patient.

Cependant, la performance est relative. Elle s'envisage en relation avec ce qui est attendu de l'organisation, du groupe, de l'individu.¹ Or performance, au travers de la qualité du travail et qualité de vie au travail peuvent apparaître en opposition. La situation médiatisée de France TELECOM, et le suicide de certains de ses employés, ont illustré de manière tragique ce phénomène. La fonction publique hospitalière n'échappe pas à ces constats, et la situation récemment identifiée dans un centre hospitalier régional au nord de PARIS, où quatre employés se sont donnés la mort en quinze jours, en est un exemple.

Par ailleurs, les personnels sont devenus plus exigeants, et leurs nouvelles attentes ne peuvent être satisfaites par une fonction centralisée, d'où la nécessité d'une gestion individuelle. Le contenu du travail doit être motivant et allié à de bonnes garanties en matière de politique sociale. Pour favoriser ces nouvelles prérogatives, une réactivité de la part de l'organisation est indispensable. Les politiques institutionnelles, et particulièrement managériales, se doivent de prendre en compte l'organisation de la prise en charge des agents.

Or quelles sont les conséquences (de la recherche) de performance sur la qualité de vie au travail ? Si l'environnement de l'hôpital ne semble pas favorable à la prévention des tensions au travail, il n'en demeure pas moins que le management doit pouvoir y répondre.

¹ LAUDE L, octobre 2010, « Sens et contre sens de la mesure de la performance », *Cahiers Hospitaliers*, n°271, pp. 30-32.

En 2012, les hôpitaux évoluent dans un environnement en mutation et entraîné à la performance. Cette évolution impose une adaptation continue des professionnels aux nouvelles organisations et aux nouvelles contraintes, en les exposant à des « tensions » au travail.

La mise en place de la Nouvelle Gouvernance² au sein des hôpitaux a été confortée suite à la promulgation de la Loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette réforme s'inscrit dans une logique de renforcement de la participation des acteurs aux décisions institutionnelles : soit au niveau du Directoire avec la participation médicale, soit par l'intermédiaire de la mise en place des pôles d'activité et des délégations attribuées aux responsables. Le contexte contraint financier amène à encadrer ce mode de management par l'intermédiaire des contrats et projets de pôle, permettant ainsi de prévoir et mesurer la performance attendue.

D'autres éléments peuvent illustrer cette révolution, comme le changement de sigle de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) transformée en Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des Etablissements de santé et médico-sociaux, en regroupant également le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) et la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). Instituée par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, « *l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses*³ ». Parmi ses missions, l'ANAP est chargée, par l'Arrêté du 11 juin 2010⁴, d'agrèer les contenus de formation à l'exercice des chefs de pôle.

Cette évolution managériale s'inscrit également dans le cadre de la réforme budgétaire traduite par la mise en œuvre de la tarification à l'activité⁵, (T2A) où est instauré le financement des ressources des établissements de santé déterminé par leur activité, mais aussi en terme d'obligation d'anticipation au travers de l'Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD). Ceci a favorisé la mise en place des comptabilités analytiques, et le suivi par tableaux de bord.

² Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

³ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires- art. 18 (V)

⁴ Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique

⁵ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 34)

A ces contraintes budgétaires il faut y ajouter l'évaluation de la qualité. Des procédures de certification évaluent la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements, par le biais de la mesure des résultats au regard des référentiels. Afin de maintenir leur performance, les établissements de santé rentrent en concurrence tant avec le secteur privé qu'entre établissements du secteur public, entraînant dans certains cas une évolution des organisations, des structures ou des autorisations d'activités.

Par ailleurs, on constate une transformation considérable où, par exemple, l'hébergement n'est plus la vocation de l'hôpital, mais la productivité qui apparaît comme l'élément central d'un dynamisme des professionnels du soin, qu'ils soient médecins ou infirmiers, voire aides-soignants.⁶ Enfin, l'environnement se caractérise par une incertitude socio-économique, tant pour les établissements, les organisations, que pour les agents.

Au regard de ce contexte, les professionnels sont exposés à un certain nombre de contradictions qui ne sont pas sans conséquence sur la qualité de vie au travail et leur santé. Qualité de l'activité ou du geste « bien fait », qualité du produit ou du service, qualité de la tâche prescrite ou des objectifs économiques, qualité du collectif de travail ou de la vie personnelle au travail ne se recouvrent pas nécessairement. Ces qualités se rencontrent mais s'opposent tout autant. Elles s'épaulent éventuellement, mais s'inhibent ou se contrarient aussi.⁷ Or la qualité « empêchée » est une source de mal-être au travail. Elle est traduite dans les cas où les moyens, ou l'organisation, ne permet pas au professionnel de répondre aux demandes qui lui sont faites. La performance devient antagoniste avec la qualité du produit ou du service, le professionnel ne se reconnaît plus dans ce qu'il fait. La conscience professionnelle devient même un fardeau.⁸

Pourtant, l'évolution du référentiel de certification, et son aspect normatif, ont introduit l'évaluation de la qualité de vie au travail. En effet, les professionnels ont manifesté que l'intensification du travail à l'hôpital, comme dans le monde du travail d'une manière générale, posait problèmes. C'est pourquoi, dans le cadre de la construction du nouveau référentiel V2010, dans le chapitre 1 intitulé « management de l'établissement », a été introduit le critère 3d lié à la qualité de vie au travail. La question soulevée dans la gestion des Hôpitaux se pose vraiment : qualité de vie au travail et qualité des soins sont liées, comme l'indique Mme Véronique GHADI, Chef de projet service développement de la Certification à la Haute Autorité de Santé⁹.

⁶ CLEMENT JM, 2006, *L'hôpital la technique et l'éthique*, Bordeaux : les études hospitalières, 192 p

⁷ CLOT Y, 2010, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La découverte, 190 p.

⁸ Ibid p54

⁹ DAMART S, 2012, « la fragilisation des corps intermédiaires de management impacte la qualité de vie au travail », *HOSPIMEDIA*, [visité le 24 mai 2012] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

Par ailleurs, il existe un conflit entre la gestion et le travail réel. En deçà d'un certain seuil, justement difficile à évaluer, où le travail « bien fait » a fini d'exister – seuil qui engage d'abord ceux qui sont aux prises avec le réel- le professionnel se cherche en vain dans ce qu'il doit faire.¹⁰ Il lui revient alors de déterminer à quel moment la limite acceptable est franchie.

Or la procéduralisation des activités, la traçabilité opérée par les outils de gestion rabattent l'autonomie sur le respect de la règle prescrite. Tout se passe comme si le contrôle de conformité jouait le rôle d'épée de Damoclès face à l'initiative devenue obligatoire¹¹. De plus, la question du sens est également posée en cherchant à rendre intelligible l'entreprise. La stratégie et la vision de l'entreprise doivent être partagées pour permettre au salarié de mieux cerner sa contribution à la mise en œuvre du projet collectif. Or il existe un déséquilibre entre la perception de certains personnels aux contraintes que leur imposent l'environnement et leurs propres ressources pour y faire face. Ceci génère du stress.

L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail définit le stress par un trouble de l'adaptation qui survient lorsque la demande professionnelle rend l'adaptation de l'individu à son environnement impossible. Le stress ainsi défini pointe d'abord une perception ou un doute de l'opérateur quant à ses ressources. Y.CLOT¹² rend cette définition discutable, car selon lui, c'est très souvent l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs pour travailler correctement.

Le sens même de l'action en cours se perd quand disparaît le rapport entre les buts auxquels il faut se plier, les résultats auxquels il faut s'astreindre et ce qui compte vraiment pour soi et pour les collègues dans la situation en question. Même la performance peut perdre son attrait si on ne s'y reconnaît pas.¹³ L'analyse des facteurs à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez certaines catégories de personnes, oblige à considérer une autre dimension de la souffrance du personnel, celle de la souffrance éthique. En effet, dans le secteur de la santé comme dans le secteur social, les questions mesurant la demande psychologique arrivent mal à identifier les facteurs à l'origine de cet état de mal être ressenti par le professionnel, lorsque ce qu'on lui demande de faire vient en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives, compte tenu de la nature du travail à réaliser, ou encore du temps et des moyens dont il dispose¹⁴. Certains auteurs ont caractérisé cette situation d'impératifs « dissonants ».

¹⁰ Ibid p77

¹¹ ALTER N, 2008, *Sociologie du monde du travail*, Paris : PUF, 355 p.

¹² Ibid p110

¹³ Ibid p112

¹⁴ Ibid p118

Les tensions au travail, et les conséquences des risques psycho-sociaux, apparaissent en terme de difficulté ou de freins à la performance.

Face à ce contexte et aux conséquences envisageables, le management interne de l'hôpital doit pouvoir répondre et concilier performance et qualité de vie au travail.

Les changements d'organisation ont amené à déplacer les niveaux de décision et renforcer le rôle des responsables de pôle en modifiant la fonction de l'encadrement de proximité. Or dans le but de répondre aux objectifs de performance, nous pouvons nous interroger sur l'émergence de certaines pratiques managériales qui favoriseraient l'exclusion des agents qui ne répondraient pas, ou ne pourraient répondre aux objectifs souhaités. Ainsi, les risques potentiels d'absences liées aux pathologies secondaires sont majorés. Les troubles musculo-squelettiques sont de plus en plus associés aux effets secondaires des tensions liées au travail. Elles génèrent des absences ou des inaptitudes. Certes ce constat favorise et entretient la dégradation des conditions de travail par le manque de ressources humaines, mais aussi retentit directement sur la performance de l'établissement.

Afin de conduire des mesures d'accompagnement du phénomène, la question du rôle du Directeur des Soins se pose, particulièrement dans un contexte de mutation des organisations et des positionnements. En effet, par la Loi du 21 juillet 2009¹⁵ le Directeur des Soins, ou plus particulièrement le Président de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), est positionné comme membre de droit au Directoire, ce qui lui confère une place importante au niveau stratégique pour conduire les politiques au sein des établissements. L'article 4 du Décret du 29 septembre 2010¹⁶, indique que le Directeur des Soins « *participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins* ».

Par ces missions, le Directeur des soins est amené à conduire des actions afin d'accompagner l'évolution des structures et l'adaptation des compétences des agents. Ceci l'amène à se positionner comme le garant des équilibres individuels et collectifs, pour les structures de pôles. Son intervention apparaît comme centrale pour la garantie de l'éthique professionnelle à l'égard des agents, afin d'éviter les phénomènes d'exclusion en réponse à la performance dans un contexte de rationalité des ressources, tout en maintenant l'objectif de performance des pôles.

¹⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁶ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Le rôle du Directeur des Soins se positionne entre prévention et accompagnement, dans des dimensions individuelles et collectives, sur des missions propres en terme de coordination et partagées avec les autres acteurs de l'établissement. Sa politique managériale, l'influence de son propre management, ne peuvent que conforter la recherche de la performance. Ces constats nous amènent à nous interroger, d'une part sur les conséquences de la performance sur la qualité de vie au travail, et d'autre part sur les réponses qui peuvent être apportées par le Directeur des Soins face aux enjeux en présence.

Ce questionnement nous conduit à la question de départ suivante : Comment le Directeur des Soins peut-il concilier performance et qualité de vie au travail ?

Cette question de départ induit les hypothèses de travail ci-après :

- *La recherche de la performance, à l'hôpital, a des conséquences sur la qualité de vie au travail et sur la santé au travail*
- *La santé au travail et la performance (au travers d'un de ses éléments : par exemple la qualité des soins) sont interdépendants*
- *Si la représentation de la performance n'est pas partagée, les objectifs de performance souhaités ne seront pas atteints*
- *Le Directeur des Soins a un rôle à jouer dans la conciliation de la performance et la qualité de vie au travail*

Nous avons développé ce travail de recherche en trois étapes.

La première explore la notion de performance hospitalière en abordant les concepts de performance, de qualité de vie au travail et de management.

La deuxième étape présente le cadre de l'enquête et la méthodologie utilisée pour recueillir les données. A partir des entretiens semi-directifs conduits auprès de différents professionnels hospitaliers, nous analyserons la place du Directeur des Soins dans la recherche de la performance et dans sa participation à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Ensuite nous les confronterons à nos hypothèses précédemment citées.

Enfin dans la dernière partie, nous proposerons des actions à mener afin de concilier performance et qualité de vie au travail, en lien avec l'ensemble des acteurs hospitaliers.

1 Le Directeur des Soins, entre performance et qualité de vie au travail

1.1 La performance, un concept plus utilisé que défini

1.1.1 Une polysémie à partager

Si depuis plusieurs années la performance est au cœur de tous les discours managériaux, force est de constater que cette notion est rarement définie avec précision, et sans que sa définition fasse l'unanimité¹⁷.

La définition reste complexe et subjective. Le mot performance, employé régulièrement, embrasse pourtant des significations diverses en fonction du contexte, et des champs dans lesquels il est utilisé. La performance est donc une notion difficile à définir, tant au regard de sa polysémie que par son caractère d'interaction multiple.

Etymologiquement, la performance renvoie à trois significations majeures: les résultats de l'action, le succès et l'action elle-même¹⁸.

La performance est relative, car elle s'envisage en relation avec ce qui est attendu de l'organisation, du groupe ou de l'individu.¹⁹ La performance se conjugue au pluriel. Elle s'applique à un système de santé, à des politiques sociales et de santé, à des organisations, à des groupes particuliers pouvant être ou non des composantes des organisations et enfin à des pratiques entendues comme des actions spécifiques ou par exemple des pratiques de soins ou des conduites de changement organisationnel.

La performance s'entend, également, comme un construit social. Elle ne revêt pas un caractère définitif, quels que soient le lieu ou le temps. De plus, les critères retenus pour la mesure de la performance sont différents suivant l'objet, selon les objectifs et selon la prise en compte des ressources mobilisées.²⁰

¹⁷ BOURGUIGNON A, 1995, « *Peut-on définir la performance ?* », Revue Française de comptabilité, n°269, pp. 61-66.

¹⁸ CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'Hôpital*, Paris : Editions MEDICA, 258 p.

¹⁹ LAUDE L, 2010, « sens et contre sens de la mesure de la performance », *Cahiers Hospitaliers*, n°271, pp.30-32.

²⁰ Ibid

Selon la première approche intégratrice de la performance connue par C.SICOOTTE²¹ en 1999, celle ci est composée de 4 dimensions :

- l'adaptation de l'organisation à son environnement externe,
- l'atteinte des buts,
- la production des services,
- le maintien de valeurs et de normes.²²

Enfin, la performance fait également référence à de nombreux domaines : la performance économique, financière, sociale, humaine, managériale, organisationnelle, ou encore stratégique.

La polysémie de la performance se traduit donc, non seulement par une compréhension différente mais aussi par des objectifs attendus non compris, c'est-à-dire le sens, le « pourquoi » de l'action, que chacun peut lui donner.

1.1.2 La recherche de performance à l'Hôpital

Le concept de performance hospitalière a émergé en réponse à une double attente de la part de la société et des pouvoirs publics : garantir la qualité des soins et mieux utiliser les ressources consacrées à la santé.²³

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les ARH et le pilotage des dépenses hospitalières donne une définition de la performance qui recouvre simultanément :

- l'efficacité socio-économique,
- la capacité de répondre aux besoins de santé,
- l'efficacité économique et organisationnelle,
- la qualité de service, et la meilleure prise en charge possible du patient.

²¹ SICOTTE C, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, 1999, « *la performance des organisationnelle des organismes publics de santé* », revue transdisciplinaire de santé vol 6, n°1, pp. 34-10.

²² GLARDON P – LE GAILLIARD L, 2010, « les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé », *Gestion Hospitalière*, n°501, pp. 631-634.

²³ GLARDON P – LE GAILLIARD L, 2010, « les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé », *Gestion Hospitalière*, n°501, pp. 631-634.

L'OMS Europe, dans le cadre du projet d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité à l'hôpital (the performance assessment tool for quality improvement in Hospital Path) ajoute à l'ensemble de ces dimensions celle de la responsabilité envers les ressources humaines et la population locale. Car la performance d'un établissement n'est pas seulement économique ou productive, elle est avant tout humaine.²⁴

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, place la performance comme un levier majeur de la réforme. L'ANAP créée par cette Loi, a identifié six leviers d'amélioration de la performance :

- accompagner la transformation d'un établissement dans son ensemble
- améliorer de façon ciblée la performance des grands processus de production métiers et supports
- développer des parcours d'accompagnement et de prise en charge innovants et adapter l'offre territoriale sanitaire et médico-sociale.
- améliorer la gestion des ressources humaines, développer les compétences des professionnels du système de santé, améliorer les conditions de travail et favoriser l'engagement des professionnels.
- optimiser les investissements des établissements pour garantir l'impact futur de chaque dépense.
- promouvoir une culture de la performance auprès de l'ensemble des acteurs

La performance se traduit par une appréhension plus globale et passe par l'optimisation des coûts et des organisations. Dans les établissements de santé elle est désormais, en grande partie, conditionnée par celle des pôles d'activité créés par l'Ordonnance du 2 Mai 2005 et confortée par la Loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.²⁵ En premier lieu, la relation entre le Directoire et les pôles est déterminante. Celle-ci est au cœur de la réforme qui vise à clarifier les rôles entre le pilotage stratégique assuré par le Directoire et le pilotage opérationnel, en donnant des marges de manœuvre aux Médecins dans le pilotage médico-économique de leur pôle.

Le positionnement du Directeur des Soins, de par sa participation au Directoire en tant que Président de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, est alors stratégique pour la déclinaison des politiques institutionnelles.

²⁴ PRUSKI M, 2011, « Risques psychosociaux et certification V2010 : une combinaison au service de l'humain », *SOINS Cadres*, n°77, pp. 21-23.

²⁵ GLARDON P – LE GAILLIARD L, 2011, « comment promouvoir la performance des pôles », *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp. 28-31.

L'amélioration de la performance des pôles nécessite cependant un fort investissement, non seulement parce qu'elle mobilise des outils de pilotage au profit du Directoire et des pôles, mais également parce qu'elle suppose une très forte implication des acteurs de l'hôpital.

1.1.3 Mesurer la performance à l'hôpital

La mesure de la performance à l'hôpital est prépondérante, et renvoie aux différents domaines qu'elle peut explorer : socio-économique, en réponse aux besoins de santé, économique et organisationnel, ou encore la qualité de prise en charge et de service.

La législation hospitalière a introduit cette obligation de mesure par la Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, et l'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les établissements de santé ont été soumis à l'obligation de mettre en œuvre des systèmes d'information et à procéder à l'analyse de leur activité. Un certain nombre d'outils ont accompagné cette mise en œuvre comme le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, afin d'objectiver par des indicateurs la production de soins. L'émergence accrue des tableaux de bord illustre cette évolution.

L'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a initié les démarches d'évaluation de la qualité au regard du manuel d'accréditation puis de certification, qui est sans cesse réactualisé. Dans le cadre de leur exercice, les professionnels ont à répondre de la qualité du service rendu.

Cependant, la notion de performance est un concept dont la définition ne fait pas l'unanimité. Par le fait qu'elle renvoie à de nombreuses dimensions, les acteurs la perçoivent de manières différentes en fonction du contexte dans lequel ils se trouvent. Or la performance d'un établissement est avant tout humaine. Pourtant les injonctions qui pèsent sur l'hôpital ne sont pas sans conséquence sur la qualité de vie au travail, et peuvent remettre en cause cette performance.

1.2 La qualité de vie et la santé au travail des indicateurs

1.2.1 De la Qualité de vie à la Qualité de vie au travail

Tout d'abord, la qualité est « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.* »²⁶

Par ailleurs, la qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1994 comme étant « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ».

Il est intéressant de noter que l'OMS avait déjà posé en 1946 que la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition de la santé fait référence et constitue un socle commun à beaucoup d'acteurs pour la plupart des textes et accords sur la qualité de vie au travail et la santé au travail au sens large.

Cette définition de la qualité de vie conforte l'idée que le niveau de qualité de vie ressenti n'est pas seulement lié au niveau de condition de vie. De plus, le niveau de qualité de vie est tout à fait personnel et très en lien avec les attentes personnelles.

En France, le concept de la qualité de vie au travail ne fait pas l'objet d'une description unanime faisant référence à des normes. Cependant il est possible d'en apporter 3 visions.

Tout d'abord en 2002, la commission européenne a identifié les différentes dimensions relatives à la qualité de vie au travail de la manière suivante :

- les attentes des salariés vis à vis de leur travail et de l'équilibre avec la vie privée
- l'égalité et la solidarité
- la prévention et le dialogue social
- l'accroissement de la productivité et du niveau de vie

²⁶ Définition ISO 8402-94

Ensuite la vision portée par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) ²⁷ :

- la qualité des relations sociales et de travail
- la qualité du contenu du travail
- la qualité de l'environnement physique de travail
- la qualité de l'organisation du travail
- les possibilités de réalisation et de développement professionnel
- la conciliation entre vie professionnelle et vie privée

Enfin la vision des Professeurs Chercheurs MARTEL G et DUPUIS JP, (Université du Québec à Montréal) proposée en 2004 : « *la qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société.* »

Cette définition, en lien avec la qualité de vie, réaffirme l'intérêt des attentes personnelles que l'on trouve également dans la définition de la qualité de vie de l'OMS. La volonté, qui existe dans la recherche de l'atteinte de ces attentes, peut engendrer des sentiments de frustration suivant le niveau d'éloignement du résultat.

Ceci a un impact sur le ressenti du niveau de qualité de vie au travail et, par extension, de la qualité de vie.

La qualité de vie au travail et la performance ont des caractéristiques communes. En effet leur perception subjective ne permet pas d'apporter des normes applicables à chacun. De plus l'aspect dynamique qui les qualifie, entretient la difficulté explicite à satisfaire leurs attentes.

1.2.2 Des conditions de travail à la qualité de vie au travail

Les conditions de travail ont depuis longtemps été source de vigilance par les pouvoirs publics. Elle s'est traduite par une réglementation correspondante, et la mise en place, par exemple des Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT),

²⁷ WEILL M – HEUDE G. mai-juin 2007, « *Travail et changement* », numéro spécial, p2 [visité le 18.08.2012] , disponible sur internet : <http://www.anact.fr>

dans un premier temps, installés pour s'assurer de l'application des règles de prévention dans les entreprises.

Dans un second temps, ces comités ont vu s'élargir leurs champs de compétences autour des conditions de travail. Aujourd'hui les CHSCT ont vocation à anticiper les risques émergents susceptibles d'être nuisibles pour la santé.

Le concept de qualité de vie au travail a émergé dans les années 50 en Angleterre avec la mise en évidence des limites du Taylorisme. Par contre, en France, cette notion est relativement récente, le concept d'amélioration des conditions de travail lui étant préféré, avec une connotation liée aux risques professionnels et à la prévention.

L'intérêt porté à la qualité de vie au travail se justifie par la part croissante des phénomènes de stress et de risques psycho-sociaux au travail. L'état de stress survient quand il existe un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Si le stress n'est pas un phénomène nouveau, le terme de risques psycho-sociaux n'a été introduit que progressivement.

L'intérêt passe également par la multiplication des sujets de négociation comme l'emploi des seniors, la pénibilité, ou encore l'égalité.

Enfin, le renouvellement des normes au travail et des conditions de réalisation a aussi accentué l'intérêt porté sur la qualité de vie au travail. En effet, l'évolution de la conception du travail en tâches vers des formes nécessitant coordination ou coopération, et les restructurations ou réorganisations incessantes revisitant le contenu du travail et les formes de prescriptions, le tout dans un contexte productif, ont imposé le questionnement de la qualité de vie au travail.

1.2.3 La santé au travail, des indicateurs, des outils et des actions

Les conséquences du travail pour la santé actuellement observées (dépressions, épuisement professionnel, suicides...) sont de plus en plus préoccupantes. En France en 2007, les consultations pour risque psycho-social sont devenues la première cause de consultation pour pathologie professionnelle.²⁸

²⁸ LACHMANN H, *10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. [visité le 20.07.2012], disponible sur internet : <http://www.imfp.org>

Les principaux indicateurs d'absences au travail, pour des raisons de santé, continuent à se dégrader en 2011, dans la fonction publique hospitalière. La gravité des arrêts maladie connaît une progression de 9 % depuis 2007, alors que la fréquence des arrêts augmente de 12 % sur la même période.²⁹

Le taux d'absentéisme est compris entre 10 %, pour les structures de plus de 10 agents, et 14 % pour les structures de moins de 50 agents. Par ailleurs, les arrêts maladie sont plus nombreux mais aussi plus longs depuis 5 ans.³⁰

La maladie ordinaire qui concerne la majorité des situations (92 %) continue à progresser en 2011. Cependant elle n'est pas la seule responsable de la hausse de la gravité. En effet la gravité des absences en longue maladie ou en longue durée repart à la hausse.

Enfin les accidents du travail restent stables en fréquence mais augmentent en gravité (22% d'aggravation en 5 ans).

Chaque année, les indicateurs de santé sont diffusés au sein des établissements hospitaliers par l'intermédiaire du bilan social. Ce dernier a été mis en place, dans les entreprises de plus de 300 salariés, à partir de 1979 suite à la Loi n°77.769 du 12 Juillet 1977. C'est à partir de 1988, par le Décret n° 88-951 que le bilan social a été réglementé dans les établissements publics de santé. Depuis, régulièrement la réglementation évolue et encadre un peu plus le contenu de ce bilan annuel. Une Circulaire décrivant les nouvelles règles d'élaboration du bilan social devrait être finalisée durant l'année 2012.³¹ Le bilan social est associé au projet social qui doit traduire les mesures d'amélioration des conditions de travail. Le document unique, quant à lui, doit permettre d'identifier les risques et apporter toutes les mesures de prévention nécessaires.

Au regard des indicateurs de santé publiés, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) incite les hôpitaux à s'intéresser à la santé au travail et aux risques psychosociaux. La DGOS accompagne la démarche, par des mesures encore à venir, en modifiant les textes relatifs au document unique.

²⁹ SOUCHON P. *Regard sur les absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers*. [visité le 20.06.2012], disponible sur internet : <http://sofcap-sofcach.com/file/soflink/pj/note>

³⁰ Ibid

³¹ SANZALONE E, 2012, « Hôpital DGOS ministère-santé congrès ressources humaines santé au travail HAS ANAP, la DGOS incite les hôpitaux à s'intéresser à la santé au travail et aux risques psychosociaux » *APM International*, [visité le 24.05.2012] disponible sur internet : www.apmnews.com

Cependant des outils sont déjà en place comme l'enquête ORSOSA (Organisation des Soins et santé des soignants) qui décrit et quantifie les composantes des contraintes psychologiques et organisationnelles, ou le projet CLARTE (Consortium Loire Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé), qui mesure la satisfaction au travail.

Outre la présence du critère 3d dans le manuel de certification de la V2010, pour approfondir le sujet de la qualité de vie au travail, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place une réflexion avec les experts-visiteurs, les établissements et les organisations syndicales en lien avec l'ANACT.

1.2.4 Les facteurs d'influence sur la santé au travail

Le travail est un objet compliqué à appréhender car il est porteur d'une ambivalence profonde : il est à la fois un système de contraintes, sources de souffrances et un lieu, parmi les plus importants, d'existence sociale et de réalisation de soi, porteur de valeurs à la fois positives et négatives.³²

Tout d'abord, le travail est à l'origine de tensions liées aux recompositions du monde du travail, illustrées par exemple par le rapprochement du secteur public de plus en plus avec le secteur privé, par ses modes de gestion.

Ensuite, les nouvelles formes d'organisations du travail mettent en opposition autonomie-contrainte et coopération-division. L'autonomie accrue des individus dans la réalisation de leur travail s'accompagne de contraintes, de plus en plus importantes, en termes de temps et de qualité. De plus, une des principales évolutions du travail est la multiplication des acteurs qui conditionnent la réalisation du travail lui même.

Ces nouvelles contraintes, ou contradictions d'injonctions majorent le coût psychique avec l'apparition de nouveaux problèmes de santé liés au stress³³. Dans certains cas, la multiplicité des tâches, les interruptions liées aux nombreux acteurs en présence ou encore l'impossibilité à réaliser les tâches prescrites, sont autant de facteurs majorant la charge mentale du professionnel. Pour d'autres, il s'agit d'une opposition aux normes ou aux valeurs qui traduisent des impératifs dissonants. Un soignant qui ne peut assurer les soins à son patient, du fait des contraintes d'organisation, de temps ou de moyens, alors qu'il a pour mission leur réalisation illustre ce cas de figure.

³² LALLEMENT M, 2009, *Le travail sous tensions*, Editions Sciences Humaines, 125 p.

³³ Ibid

Enfin, l'articulation entre emploi et travail apporte également des tensions au travail. En effet, l'importance accordée aux formes spécifiques d'emploi a des conséquences sur les conditions de vie des salariés mais aussi sur la qualité de vie au travail. Les personnels en contrat à durée déterminée bénéficient de moins de marge de manœuvre ou de solidarité de leurs collègues.³⁴

A ces facteurs il faut ajouter la perte de sens au travail. Les travailleurs ne comprennent plus ce qu'ils font. N'étant plus en confrontation direct avec le réel, les travailleurs ne savent plus pour quel produit final ils travaillent.³⁵ Ils doivent poursuivre des objectifs purement instrumentaux et qui ne sont plus en rapport avec le bien ou le service à produire. Par ailleurs, le vieillissement de la population employée dans les établissements hospitaliers, par l'augmentation de la durée d'activité professionnelle et la pénibilité élevée des métiers à forte dominante soignante, contribue certainement à altérer l'état de santé des salariés.

Enfin, les salariés réagissent différemment à la perte d'adaptation à l'environnement ou aux organisations. DUPUYS fait la description suivante de cette situation : *au lieu de « motiver » les salariés, de les amener à s'engager pour leur entreprise, et provoque retrait et rébellion active ou passive, l'entreprise cherche à contrôler et à mettre plus « la pression » sur les salariés, cadres y compris, qui se réfugient dans des investissements alternatifs, la famille par exemple.*³⁶

1.2.5 L'influence de la santé au travail sur la performance

*« La santé au travail doit être considérée comme un levier d'amélioration de la qualité des soins et d'accompagnement des changements mais également comme un moyen de générer des marges budgétaires ».*³⁷ La santé au travail représente donc un enjeu économique pour les établissements de santé dans un contexte financier actuellement contraint. *« Si on pouvait réduire l'absentéisme seulement de 1 % il y aurait là la solution à de nombreuses difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre »*³⁸

³⁴ Ibid

³⁵ CRAWFORD MB, 2010, *Eloge du carburateur Essai sur le sens et la valeur du travail*, La Découverte collection cahiers libres, 249 p.

³⁶ DUPUYS F, 2011, *Lost in management*, Paris : Editions du Seuil, 268 p.

³⁷ SANZALONE E, 2012, « Hôpital DGOS ministère-santé congrès ressources humaines santé au travail HAS ANAP, la DGOS incite les hôpitaux à s'intéresser à la santé au travail et aux risques psychosociaux » *APM International*, [visité le 24.05.2012] disponible sur internet : www.apmnews.com

³⁸ Ibid

Mais la santé au travail représente aussi un facteur d'influence sur la performance au travers de la qualité des soins. La qualité de vie au travail des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins. A ce titre, la HAS considère que la qualité de vie au travail est une priorité dans le développement de la certification des établissements de santé.³⁹ A noter dans les études de la HAS sur la maltraitance que bien souvent, les services maltraitants étaient des services maltraités.⁴⁰

De plus, l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques dans le domaine psycho-social peuvent être générateurs de bien être au travail et d'amélioration de la qualité des soins, mais aussi de réduction de l'absentéisme. Cause ou conséquence de l'absentéisme, l'augmentation de la charge mentale, dans le cadre du travail, se traduit de plus en plus par des phénomènes de stress au travail.

1.3 Le management

1.3.1 Une définition choisie

Le concept de management fait l'objet d'une littérature abondante, c'est donc parmi celles ci que nous en avons retenu quelques unes.

« Bien que d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé définitivement pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise »⁴¹.

Ou encore, selon Henri MINTZBERG⁴², le manager est la personne qui a la responsabilité d'une organisation ou d'une des unités de cette dernière. L'autorité formelle et le statut impliquent l'accès à l'information par des relations interpersonnelles, puis à une prise de décision. Henri MINTZBERG attribue 10 rôles au manager :

- Figure de proue : il représente
- Leader : il a la capacité de motiver, de s'adapter et répond aux besoins individuels et d'organisation
- Agent de liaison : il est une des clés de la profession de manager, car celui-ci récolte les informations et bénéficie de nombreux contacts

³⁹ GUERIN JP, 2010, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

⁴⁰ Ibid

⁴¹ ALECIAN S ; FOUCHER D, *le management dans le service public*, 2^{ème} édition, Paris, Editions d'organisation, 446 p.

⁴² MINTZBERG H, 2008, *Le management, voyage au centre des organisations*, 2^{ème} édition, Paris, Editions d'Organisation, 703 p.

- Il est à la fois un observateur actif, un diffuseur d'informations et un porte parole. Processus à la base de la prise de décision.
- Il est aussi l'entrepreneur qui cherche à améliorer, adapter, organiser, innover dans sa propre source de volonté pour initier le changement.
- C'est un régulateur qui répond aux perturbations contraignantes.
- C'est un répartiteur des ressources. Il est responsable de la répartition et la coordination du travail. Il amène de la cohérence en autorisant des décisions dont il a une vue d'ensemble.
- Enfin c'est un négociateur.

Toujours suivant MINTZBERG, le management efficace, ce qui peut être attendu dans un contexte de performance, se caractérise par le fait de prendre le temps d'analyser les informations afin d'éviter les réponses rapides et susceptibles d'être inadaptées.

1.3.2 Le management hospitalier une particularité

Le contexte particulier de l'hôpital public français (limitation des ressources et objectifs d'augmentation de la qualité des soins) rend l'introduction de gestion au sein des unités de soins et des plateaux techniques indispensable. En d'autres termes, le monde hospitalier n'échappe pas à la logique de mesure de l'activité. Cependant deux types d'acteurs cherchent à défendre leur définition et leur mode d'évaluation de l'activité⁴³.

Les administrateurs gestionnaires cherchent à optimiser les coûts sous contrainte de qualité des soins, alors que les soignants cherchent à optimiser la qualité des soins sous contraintes financières.

*« L'Hôpital public est malade, ou plutôt égaré et désorienté tant il est déconcerté par les injonctions contradictoires, démoralisé par l'état de ses finances, dépaysé par les nouvelles règles du jeu qui s'imposent à lui, embarrassé par l'accumulation des technologies, engoncé dans ses habitudes et ses coutumes, indécis quant aux conduites à tenir pour répondre à l'émergence des droits du patients, perdu dans la réglementation et surpris que les patients lui demandent des comptes ».*⁴⁴

De plus, on constate l'apparition dans les hôpitaux d'un management face à l'incertain, car complexité et incertitude sont deux caractéristiques du travail hospitalier. Le monde de

⁴³ VATIN F, 2009, *Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*, PU Mirail, Collection socio-logiques, 306 p.

⁴⁴ CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'Hôpital*, Paris : Editions MEDICA, 258 p.

la santé est assujetti à des réformes et des défis qu'ils soient réglementaires, économiques mais aussi sociétaux. La définition générale du concept de management montre que la pratique managériale est directement liée à son contexte. Et à ces éléments il faut ajouter la notion de risque, qui impose des dispositifs de contrôle.

Certains aspects doivent être aussi pris en compte, car ils influencent fortement l'organisation et la gestion de l'hôpital. Tout d'abord le contrôle externe exercé par la tutelle, qui dispose de moyens très étendus pour intervenir sur l'établissement.

Ensuite, en interne, le management hospitalier a changé de structure par « l'avènement » des pôles, conforté par la Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le management est rapproché des unités de production de soins. Cette Loi a introduit, au sein des institutions, une ligne hiérarchique et une ligne fonctionnelle dans le management. En effet le Décret n°2010-656 du 11 Juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé, définit les modalités de mise en place et les fonctions de chef de pôle. Le responsable de pôle se voit confier un certain nombre de missions, parmi lesquelles la coordination des équipes médicales et non médicales avec autorité fonctionnelle pour assurer le fonctionnement du pôle. L'autorité hiérarchique reste attachée à l'autorité ayant pouvoir de nomination, c'est-à-dire le chef d'établissement.

Par contre, ce nouveau mode de fonctionnement réinterroge le positionnement du Directeur de Soins dans la ligne hiérarchique et fonctionnelle avec les professionnels non médicaux.

C'est pourquoi l'enjeu du management hospitalier est essentiel, en lien avec les valeurs du Service Public Hospitalier. Après avoir vécu différents modes de management : management des temps, des projets, puis du management de la qualité.... « *Il est urgent de passer à l'ère du management des conditions de travail et à son corolaire, la négociation.* »⁴⁵

1.3.3 La relation des professionnels avec le travail

C'est dans un contexte de chômage important, accru par la crise financière économique et sociale que l'emploi est au cœur des préoccupations. La connotation donnée au mot travail est ambivalente. En effet le mot travail s'applique tant à ceux qui le caractérisent d'épuisant, de fastidieux, ou de désagréable qu'à ceux qui y prennent manifestement plaisir et n'y voient aucune contrainte, avec un sens gratifiant de leur importance

⁴⁵ LASFARGUE Y ; MATHEVON P, 2008, *Qualité de vie et santé au travail*, Toulouse : OCTARES éditions, 302 p.

personnelle. Le travail désigne à la fois l'obligation imposée aux uns et la source de prestige et de forte rémunération que désirent ardemment les autres et dont ils jouissent.⁴⁶

Trois dimensions peuvent traduire l'investissement des individus au travail. Tout d'abord le revenu comme moyen d'indépendance économique, ensuite l'épanouissement personnel lié à l'activité et enfin le travail comme facteur d'intégration sociale.

Or il apparaît un changement de rapport entre les professionnels et le travail : le renouvellement des approches se fait depuis les années 1980, dans un contexte de recul de l'emploi industriel au profit des services, mais aussi de prise en compte nouvelle des relations entre travail et famille et travail et loisir.⁴⁷ La mise à distance du cœur du travail semble se développer au profit de ce qui lui est extérieur.

De plus en plus nous voyons apparaître la crise de la valeur travail dans une société de loisir. Cette crise serait une crise des valeurs collectives⁴⁸, c'est-à-dire non pas du désir individuel de travailler mais de la capacité à travailler ensemble. C'est ici la dimension sociale qui est touchée.

Dans le secteur hospitalier, l'organisation du travail répond aux exigences d'égalités d'accès mais aussi de continuité des soins. De ce fait, les contraintes temporelles de travail y sont nettement plus répandues, notamment pour le personnel soignant que dans les autres secteurs d'activité. A ces contraintes il faut y ajouter la nécessaire collaboration permanente des salariés avec leurs collègues.

Pourtant, en France le travail constitue un fort investissement affectif, en contrepartie, une proportion plus importante qu'ailleurs de salariés est soumise au stress.⁴⁹ Yves CLOT écrit, dans son ouvrage, la nécessité de mettre en discussion le travail afin de redonner aux salariés un pouvoir d'agir garant de leur bonne santé et de relations sociales apaisées. L'auteur complète en indiquant que les salariés ont également du mal à se reconnaître dans leur activité.⁵⁰ Ce qui est particulièrement vrai quand la performance devient antagoniste avec la qualité de l'activité ou du produit, traduction de la qualité empêchée.

⁴⁶ CLOT Y, 2010, *le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 190 p.

⁴⁷ ERBES-SEGUIN S, 2010, *La sociologie du travail*, Editions la Découverte, 125 p.

⁴⁸ PHILIPPON T, 2007, *Le capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*, Editions Seuil, 109p.

⁴⁹ CLOT Y, 2010, *le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 190 p.

⁵⁰ CLOT Y, 2010, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

1.3.4 Le management dans la complexité par ou pour la performance

La réforme de notre système de santé n'est pas une rupture mais une évolution progressive. Les acteurs ne sont pas mis en cause de manière systématique mais les tendances lourdes nécessitent qu'ils entreprennent individuellement des mutations importantes s'ils souhaitent conserver une place pérenne dans le secteur.⁵¹

Les acteurs ont besoin d'intégrer durablement la performance comme justification de leur légitimité à agir dans leur environnement, mais aussi dans un contexte d'adaptation permanente.

Par ailleurs, le problème réside dans l'emballement du système, les stratégies d'accentuation de cette tendance auxquelles tous les niveaux de l'entreprise ont recours, afin de se mettre en accord avec le « référentiel dominant » de leur organisation. « *Le délire des processus, des reportings et des indicateurs finit par recréer des zones de liberté pour les salariés tant ils deviennent contradictoires les uns avec les autres et laissent ainsi les acteurs libres de décider ce qu'ils doivent appliquer ou non* »⁵². Ces zones d'incertitude génèrent des phénomènes de stress ou de pouvoir.

Or nous pouvons constater que les acteurs sont fragilisés lorsque la discussion locale n'est plus possible, du fait de l'absence du manager de proximité. Ce dernier déserte la scène de travail car il est happé par « les machines de gestion », qu'il doit alimenter en permanence en informations.⁵³

Il apparaît également, que les établissements hospitaliers font face à une accélération et une densification du travail. En effet, le temps de présence des personnes hospitalisées est de plus en plus réduit alors que les actes pendant ce séjour ont peu changé. De plus l'augmentation de la technicité et de l'âge moyen des personnes hospitalisées concourt à renforcer la densification du travail.

La mise en place de la Tarification à l'activité a introduit de la complexité dans le management hospitalier. Au delà de reconnaître l'activité réalisée et d'en assurer le financement, ce mode de tarification oriente également l'activité en elle même alors que les tarifs sont revus régulièrement.

⁵¹ COULOMB A, 2009, *Un regard différent sur le management hospitalier*, éditions CAHPP, 126 p.

⁵² DUPUYS F, 2011, *Lost in management*, Paris : Editions du Seuil, 268 p.

⁵³ DETCHESSAHAR M, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

Enfin les exigences de plus en plus sécuritaires sont ressenties comme contradictoires avec les pressions à l'efficacité de production de soins, par les professionnels. Dans ce contexte le « vrai chef » n'est plus celui qui encadre, dirige ou commande, mais celui qui indique l'avenir, qui donne du souffle.⁵⁴

1.3.5 Quand le management n'est pas le problème mais la solution

« *La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management* »⁵⁵

Or de son côté, le salarié doit faire face à tous les problèmes à la fois, et donc travailler avec tous les impératifs. Particulièrement dans la contradiction qui peut exister entre la qualité et coûts.⁵⁶ L'augmentation des contraintes et des contradictions doit s'accompagner de moyens de régulation, notamment de moyens de régulation locale pour les acteurs. Or c'est par l'expression des compromis que ces moyens peuvent être mis en place. Les construits d'action collective dans leurs différentes modalités constituent donc la solution. Par eux les problèmes sont redéfinis et les champs d'interaction aménagés ou organisés de telle façon que dans la poursuite de leurs intérêts spécifiques, les acteurs ne mettent pas en danger les résultats de l'entreprise collective, voire les améliorent.⁵⁷

Par ailleurs, l'encadrement de proximité détient les clés du succès : il faut le soutenir, le « valoriser », lui donner les moyens d'exercer un pilotage effectif des opérations qui lui sont confiées.⁵⁸ Ce maillon apparaît comme crucial dans la démarche.

C'est au « carrefour » du construit d'action collective, des champs d'interaction ou encore la recherche d'intérêts spécifiques que le Directeur des Soins est positionné. L'enjeu managérial est renforcé au travers de l'animation des cadres pour traduire la performance de l'établissement.

⁵⁴ BOLTANSKI L ; CHIAPELLO E, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 843 p.

⁵⁵ CHEROUTE-BONNEAU, février 1998, « *la production de soins un enjeu managérial* », *Gestions Hospitalières*, p 95.

⁵⁶ DETCHESSAHAR M, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

⁵⁷ CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, *L'acteur et le système*, Paris : Editions Points, 500 p.

⁵⁸ DUPUYS F, 2011, *Lost in management*, Paris : Editions du Seuil, 268 p.

2 Observer et analyser le terrain

2.1 Le cadre de l'enquête

Développé dans le cadre du mémoire professionnel, nous avons décidé d'orienter ce travail dans la perspective liée à notre expérience professionnelle.

2.1.1 La méthodologie d'investigation

Tout d'abord, la première étape a consisté en une revue documentaire et bibliographique dans les revues professionnelles, les mémoires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), les ouvrages ou documents traitant du management et des conditions de travail, dans le contexte actuel de recherche de performance. Cette recherche a été complétée par les concepts autour de la qualité de vie au travail. Puis nous avons décidé de poursuivre cette démarche afin de cerner le sujet autour de 3 concepts : la performance, la qualité de vie au travail au travers des tensions qui peuvent exister, et le management.

Ensuite, c'est sur cette base que nous avons rédigé un guide d'entretien dans le but de recueillir le témoignage de professionnels dans un établissement de santé. (Annexe 1)

Enfin, les entretiens, d'une durée de 1 à 2 heures, ont été conduits avec des professionnels de différents grades, sur un même établissement. Ces rencontres ont été programmées et enregistrées, en garantissant l'anonymat, mais en conservant l'identification de la fonction.

2.1.2 Le choix de l'établissement et des personnes interviewées

Nous avons choisi de mener les entretiens sur un seul établissement afin de confronter les réponses obtenues dans un même contexte. Nous avons vu précédemment que la pratique managériale était liée au contexte dans lequel il évoluait.

Le choix s'est porté sur un établissement de 1600 lits, dans une situation budgétaire équilibrée. Cet environnement permet une mise à distance de toute situation de crise, perturbatrice émotionnellement pour le recueil d'informations. De plus cet établissement avait mené un travail de diagnostique sur les risques psycho-sociaux.

A l'initiative de la démarche de recherche, les agents ciblés étaient infirmiers et aides-soignants. Or lors des entretiens exploratoires, il nous est apparu que l'interaction entre les agents, liée à la thématique, était importante. Afin de formuler des propositions d'actions, il convient alors de situer le Directeur des Soins dans cette interaction et de comprendre le positionnement des différents interlocuteurs de l'établissement.

De même, les actions qui pourront être proposées à destination des infirmier(e)s et aides-soignant(e)s nécessitent l'intervention des autres acteurs au sein de l'hôpital. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'élargir l'échantillon des personnes interviewées afin d'identifier leur position à l'égard de la qualité de vie au travail et la performance.

Le choix des personnes interviewées s'est porté sur des responsables du management de l'établissement, administratif, soignants et médicaux, mais aussi sur des professionnels de terrains, infirmier(e)s et aide soignant(e)s. Dans le contexte de la structuration polaire, il nous paraît important de mesurer d'éventuelles disparités entre les professionnels et entre les pôles. Les rencontres avec les personnels soignants, infirmiers et aide soignants, ont permis d'évaluer la traduction des propos ou des actions décrites par les managers.

Enfin les médecins du travail nous ont permis d'apporter leur regard sur la santé des professionnels et les éventuels liens avec le contexte de performance ou le management dans l'Institution.

Les partenaires sociaux sont venus compléter les informations avec un positionnement lié à leur mandat au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

Dans cet établissement nous avons réalisé des entretiens auprès :

- Du Directeur Général (DG)
- Du Directeur des Ressources Humaines (DRH)
- Du Coordonnateur Général des Soins (CGS)
- D'un Médecin Chef de pôle (MCP)
- De 2 Cadres Supérieurs de Santé responsables de pôle (CSS)
- De 2 Cadres de Santé (CS)
- D'une Infirmière (IDE) et une Aide soignante (AS) du Service de Chirurgie Ambulatoire
- D'une Infirmière (IDE) et une Aide Soignante (AS) d'un service de Médecine
- De 2 Médecins du travail (MT)
- De 2 partenaires Sociaux (PS)

2.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête

La limite principale de cette investigation et des informations recueillies, est le nombre de personnes interviewées, ce qui ne peut garantir une représentativité et une objectivité complète.

De plus il ne nous a pas été possible de rencontrer le Président de la Commission Médicale de l'Etablissement ou d'autres Médecins Chef de pôle, du fait du temps imparti.

Les points forts résident dans la disponibilité que les personnes nous ont accordée et la qualité des échanges et des informations obtenues. L'ensemble des personnes rencontrées a manifesté un intérêt avéré sur le sujet.

2.2 Les informations exprimées par les professionnels

L'analyse des entretiens et la mise en perspective des lectures professionnelles ont permis de regrouper les informations recueillies suivant 3 axes :

- le contexte d'exercice source de tensions au travail,
- le sens de la performance mal défini et des conséquences à plusieurs niveaux,
- des attentes exprimées par les professionnels au regard de leur qualité de vie au travail

Les informations sont reprises en citant entre parenthèses les personnes interviewées les ayant exprimées, suivant la codification indiquée dans la liste précédentes.

2.2.1 Un contexte Hospitalier incertain et des tensions aux origines diverses

Les informations recueillies lors des entretiens ont mis en évidence, deux sources principales de tension : externe ou propre au contenu du travail lui-même.

A) Origine des incertitudes, extrinsèques au travail

Dans cette première partie, les causes externes des tensions au travail, sont liées à l'environnement, aux organisations et au management.

L'ENVIRONNEMENT

L'ensemble des catégories professionnelles, hors médecins, font part d'une « **grosse imprégnation de l'aspect financier** » dans les discours (CSS, IDE). Cette caractéristique interroge en permanence le financement de l'hôpital public, (CGS, DRH, IDE, PS, DG) et ses conséquences sur le devenir des activités, les ressources humaines et matérielles de l'établissement.

A cela la notion de **concurrence forte entre les établissements** privés et publics (DG, CSS, CGS), place l'établissement en compétition avec les autres établissements pour maintenir et développer les activités.

Enfin, la traduction de l'incertitude provoquée par ce contexte n'est exprimée que par les CS et les PS. Cet environnement externe **génère de l'inquiétude** (CS et PS), et une **fragilisation du contexte de travail**, se traduisant par une augmentation du nombre de contractuels et du délai de passage sous statut pour les agents.

Il est important de noter qu'aucun soignant (IDE ou AS) n'a traduit cette inquiétude de cette manière.

LES ORGANISATIONS

L'adaptation des organisations est régulièrement remise en cause, pour favoriser l'activité et le rendement, particulièrement depuis la mise en place des 35 h (MT). Cependant, la rentabilité et la productivité, apparaissent comme nécessaires au financement des projets et des personnels. (Médecin du travail, CSS, DRH, IDE, AS).

Les nouvelles organisations se traduisent par une **mutualisation importante** avec des effectifs restés constants, malgré une augmentation de l'activité et des patients de plus en plus âgés (IDE, ASx2).

La charge de travail reste un élément que seuls les soignants (IDE et AS) expriment comme une source de tension au travail, avec de plus en plus une perception du **travail dans l'urgence**, (IDE) alors que l'adaptation des organisations paraît nécessaire.

L'organisation du travail évolue dans son contenu, par un **développement de l'aspect administratif** (IDE, AS, MCP, MT). Cette évolution des organisations est perçue de manière défavorable (IDE et PS), particulièrement dans la **recherche du gain de temps au dépend de la relation avec le patient**. (IDE, PS, DRH, CS), le patient est devenu un client (IDE).

Le DRH et les IDE soulignent l'**augmentation de l'exigence des patients**. Ce qui s'explique par le fait que les patients sont progressivement « transformés » en consommateurs de santé sous l'effet de l'institution elle-même, mais aussi par les médias qui publient, comme dans d'autres domaines, des « palmarès » des meilleurs établissements.⁵⁹

Par ailleurs, et avec une approche plus politique, le DRH et le CGS formulent l'**interrogation de la pertinence des réponses apportées aux besoins des patients** (DRH, CGS) qui se complète par l'inquiétude générée par la **judiciarisation** de la prise en charge des patients (MCP, PS).

Les soignants subissent une précarisation objective, via la substitution des statuts par les contrats, mais aussi subjective induite par le doute sur leurs compétences et leurs valeurs.⁶⁰

MANAGEMENT INTERNE

Les entretiens ont permis de pointer le management comme une source de tension au travail. Ce constat s'illustre par un **manque de cohérence entre les décisions** des différentes Directions (PS), et une **inéquité** entre les services, particulièrement dans la répartition des charges de travail, ou sur l'affectation des effectifs. (IDE)

De plus, la **difficulté de faire le lien entre le développement de la productivité et de l'amélioration de la qualité**, dans le cadre de la certification est marquée (CSS, CS et IDE), la certification est devenue une course aux indicateurs (PS).

En conclusion de cette première partie, les professionnels traduisent leur inquiétude au travers de l'environnement lié aux contraintes budgétaires et les conséquences sur l'emploi. Viennent s'ajouter à ce constat, l'adaptation permanente et nécessaire des organisations qui modifie la relation avec le patient et le rapport au temps dans cette relation soignant - soigné.

Enfin le management apparaît comme discordant, tant par des décisions non cohérentes entre elles ou entre les responsables, mais aussi face à la difficulté pour fournir la qualité attendue.

⁵⁹ Ibid

⁶⁰ MAS B ; PIERRU F ; SMOLSKI N ; TORIELLI R, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 365 p.

B) Des conditions intrinsèques au travail sources de tensions

Dans cette deuxième partie, nous avons relevé que les professionnels faisaient apparaître, dans l'aspect intrinsèque de leur travail, des causes de tensions.

Les changements dans les modalités du travail lui-même s'illustrent, tout d'abord, par une **perte d'une certaine forme d'autonomie** liée aux différentes contractualisations (CSS, CS), ou à l'exacerbation des procédures (DRH).

Ensuite les conditions de travail et particulièrement les rapports entre les acteurs évoluent également. En effet il subsiste **moins de solidarité** entre les agents (médecin du travail, PS, IDE, AS), ce qui favorise le développement de l'individualisme (DRH). Cet effet se traduit soit par une **diminution de communication entre eux** (MT), **soit par un changement de ses modalités**, avec un développement de la violence verbale et de l'agressivité (PS).

Pourtant **l'importance des bonnes relations au travail** (IDE), et **l'aspect collectif du travail d'équipe** sont exprimés comme nécessaires au bon fonctionnement du service et de chacun. Chacun est très solidaire des autres et celui qui ne fait pas le maximum dans son travail pénalise son collègue.⁶¹

La charge mentale est majorée quand des **difficultés d'adaptation** apparaissent pour certains agents (médecin du travail, CS, IDE et AS). Les professionnels s'interrogent sur la limite « acceptable » de cette évolution de la « recherche du rendement » (MT, AS, IDE), alors que « *le personnel ne s'y retrouve plus à cause de la diminution du temps de présence auprès du patient.* » La prise en charge de plus en plus complexe des patients rend de plus en plus difficile l'exercice professionnel (IDE, CGS).

Ce contexte de travail favorise **l'augmentation de la charge psychologique** (IDE), or celle-ci n'est pas évaluée au même titre que l'évaluation de la charge de travail dans l'établissement (SIIPS). **L'épuisement et le stress** conjuguent leurs origines à la difficulté d'associer vie professionnelle et vie personnelle. (DRH) « Les agents ne sacrifient pas leur vie privée au profit de la vie professionnelle » (MCP, MT, DRH, CS).

De ces propos il convient de retenir que les relations de travail et l'autonomie prévalent dans les conditions de travail individuelles comme collectives. La performance et l'adaptation prédominent, sans que pour autant les professionnels ne perçoivent disposer

⁶¹ BOLTANSKI L ; CHIAPELLO E, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 843 p.

des moyens pour réaliser leurs missions. Ce qui les amène à ne plus se reconnaître dans ce qu'ils font tout en exposant l'entreprise, qui s'adosse à un management de la performance.⁶²

Le bon salarié n'est plus celui qui est efficace dans son travail au quotidien, mais c'est celui qui demain peut faire autre chose, maîtriser la plus grande variété de situations et s'intégrer dans des équipes de configurations diverses.⁶³

2.2.2 Le sens de la Performance, une évolution dans quel sens ?

La performance est un terme difficile à cerner pour les professionnels, tant en terme de définition, qu'en terme d'attendus ou d'objectifs recherchés qui ne semblent pas être partagés par tous.

A) Une définition non partagée

La performance s'explique pour les uns par rapport aux agents, pour les autres au niveau du travail et des organisations, ou pour d'autres encore en fonction du patient.

LA PLACE DES AGENTS

La solidarité entre les agents est un facteur prédominant de la performance dans un établissement de santé (CSS, IDE, AS). **Fédérer les équipes** autour des problématiques et de la recherche de solutions apparaît comme primordial pour renforcer les liens entre professionnels (CSS, CGS, CS, IDE).

Par ailleurs la performance et l'efficacité des organisations peuvent se mesurer à la **satisfaction des personnels** (CSS, CS, PS, DRH)

LE TRAVAIL et les ORGANISATIONS

Le travail bien fait (IDE, AS) caractérise la performance, car il allie compétence, efficacité et efficacité (IDE, CGS, PS).

L'aspect particulièrement complexe de la définition du terme (PS) est du à la **connotation de compétition, à un aspect péjoratif, ou au dépassement des compétences** (DG).

⁶² CLOT Y, 2010, *le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 190 p.

⁶³ BOLTANSKI L ; CHIAPPELLO E, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 843 p.

La performance doit être **quelque chose qui se mesure** (CSS). Elle est le **fruit du travail d'un groupe**. Par ailleurs « l'omniprésence » des indicateurs (MT, IDE, CS) amène les professionnels à ne pas comprendre l'objectif recherché. Par contre le travail réel ne fait pas l'objet d'indicateurs directs (AS, IDE). Eliminer tout ce qui n'a pas de valeur ajoutée pour le « client final » peut malheureusement conduire à éliminer ce qui a une valeur ajoutée pour la santé du salarié.⁶⁴

C'est en **répondant aux critères fixés ou au respect de la norme ou de la procédure**, que les soignants estiment être performants (IDE, AS), au dépend de leur autonomie.

Or bien souvent l'évaluation porte plus sur le travail fini que sur la prise en charge elle-même (MT, AS). La performance impose d'abord une **obligation de résultat**, avant une obligation de moyens (MDP, CSS, AS). La traçabilité du travail réel, de plus en plus prégnante (IDE, AS, MDP, MT), favorise le développement, dans certains cas, de techniques de contournement du problème : « *je trace mais je ne fais pas* » (MT)

LA PLACE DU PATIENT

Pour une bonne part des personnels rencontrés, la performance se traduit avant toute chose par la **réponse aux besoins des patients** (CSS, DG, CGS, IDE, CS). Elle se caractérise par la **qualité de la prise en charge** (IDE, AS, CS), et la **satisfaction du patient** (IDE, AS).

Cependant, **l'association de la productivité et de la qualité** (DRH, CGS), ou **rentabilité et qualité** (IDE, AS), au bénéfice de la performance, reste à définir afin de ne pas les rendre divergents (DRH, CSS).

En synthèse, la notion d'équipe est importante pour la performance qui est perçue principalement collective et non individuelle. Les contraintes générées par les procédures encadrent les activités et réduisent l'autonomie des professionnels. Dans certains cas cet encadrement les amène à des injonctions paradoxales du fait d'un manque de moyens. Par ailleurs la place du patient reste dans les préoccupations principales de toutes les catégories professionnelles, afin de satisfaire au mieux ses demandes en terme de qualité.

Par contre le sens donné à la performance n'étant pas partagé, il s'inscrit dans des perspectives et des perceptions différentes en terme d'attentes ou de résultats.

⁶⁴ BOURBOULON I, 2011, *Le livre noir du management*, Bayard Jeunesse, 282 p.

B) Une définition non partagée et des conséquences multiples

Cette interprétation disparate engendre une appropriation différente de la performance. Des traductions de la recherche de la performance ont des conséquences au niveau de l'institution, des agents, des activités ou encore sur le sens des activités elles mêmes.

SUR L'INSTITUTION

La santé est un sujet récurrent de l'actualité. **La médiatisation**, par le classement des hôpitaux, identifie les établissements les plus performants (MDP, DG, CSS). Cependant ce classement ne traduit pas comme critère principal la **satisfaction réelle du patient** (MDP). Ce principe ne fait que mettre en exergue, par la comparaison, la compétition et la concurrence (MDP, CSS, CS), ce qui oblige à rendre des comptes, peut être plus qu'auparavant (CSS), accompagné d'une compétition entre les pôles.

De ce fait la vision institutionnelle prime au dépend des services (CS, MDP, CSS).

Par contre l'analyse par indicateur permet **d'objectiver certaines situations** pour permettre de meilleurs choix en terme de décision (CSS).

SUR LE MANAGEMENT et SUR LES AGENTS

La recherche de la performance semble modifier les comportements managériaux et ont des conséquences sur la qualité de vie et la santé des agents dans leur exercice quotidien.

Dans le cas d'un « **mauvais management** », du cadre de l'unité, des tensions apparaissent au sein des équipes (CSS, CGS, ASx2). Ceci est d'autant plus marqué s'il existe des **comparaisons entre personnel** (CSS, IDE), ou « **trop de performance** » au **détriment du relationnel** (CSS, IDE, PS). Les agents constate une **évolution du management**, les Cadres ne sont plus « comme avant », ils sont **moins dans l'accompagnement** (IDE, AS), **les agents ont perdu leur guide** (DRH). Le management est devenu **centré sur la performance** (CSSx2).

La performance favorise les **risques psycho-sociaux** par le manque de reconnaissance (DRH), majorés par la mise en place des pôles et le **manque de connaissance des agents par les cadres**. Le Directeur est dans sa tour, donc difficile de répondre au besoin de reconnaissance (DRH, PS, IDE).

L'isolement, le manque d'écoute et la **non-reconnaissance**, s'expliquent par le fait que le cadre a de plus en plus de missions transversales, qui le rendent de moins en moins présent auprès des équipes soignantes et de soins portés aux patients⁶⁵(CS, CSS). Or « *un bon chef fait les bonnes équipes* » (PS, CGS, DRH). Le cadre du service peut **résoudre les problèmes mais aussi les majorer** (IDE), à cause de cette perte de proximité et des relations humaines (PS, IDE).

La **perte de l'aspect humain** comme critère d'évaluation⁶⁶ (IDE, AS, PS) provoque la déshumanisation des soins. (CS, IDE, AS). Elle est aussi engendrée par : l'évolution des technologies médicales, la hiérarchisation des actes de soin et la structuration des métiers de la santé (DRH, CSS, DG). Aujourd'hui les infirmières se cachent derrière les soins techniques, ayant peur de leurs propres émotions parfois renvoyées par les patients (MT, CS). Certains agents s'orientent d'ailleurs, vers des services plus techniques pour évincer le relationnel (MT, CS).

L'évolution du management, par le manque de reconnaissance, mais aussi la **perte de soutien social dans les équipes** (DRH, CS) sont à l'origine de l'**augmentation des arrêts maladies ou des arrêts de travail** (MT).

L'absence de limites posées contraint les agents à vouloir atteindre à tous prix les objectifs fixés (CSS, IDE, PS). Or cette situation amène le développement des risques psycho-sociaux. Les agents « craquent » (MT, CS). Les équipes traduisent leur vécu par de la **pression permanente**, « *pas le temps de souffler ou de se ressourcer* ». (CSS). La charge mentale se traduit par une **augmentation des pathologies psychologiques et psychiatriques** (29 en 2007, 50 agents en 2001, dans l'établissement étudié) (MT).

Le **stress**, car « *il faut faire mieux avec moins de temps* », touche les IDE, AS et cadres (MDP, MT). Il a pour conséquence également des **tensions entre les médecins**, (IDE, CS, CSS), car ils sont responsables d'eux-mêmes mais aussi de l'activité à produire (MDP, MT).

Les agents souffrent de plus en plus de **démotivation** (PS, MT, CS), remettant en cause l'évolution parallèle de l'exigence des agents (DRH), mais aussi la difficulté d'articulation entre vie privée et vie professionnelle (CS, IDE, AS).

⁶⁵ COUDRAY MA, 2004, *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Paris : Editions Seli Arslan, 224 p.

⁶⁶ COUDRAY MA, 2004, *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Paris : Editions Seli Arslan, 224 p.

SUR L'ACTIVITE et LA PRODUCTION DE SOINS

La recherche de la performance revêt dans certains cas un **aspect contre productif** (MT, MDP, CSS). En effet, la course effrénée de la politique du chiffre, à enveloppe fermée (PS), et la performance entraînent de la tension dans le travail (AS, IDE). Or si celle-ci reste constante elle entraîne une perte de production, et les agents craquent (PS, CS). Ce qui s'avère fatiguant, ou exaspèrent pour les salariés, ce n'est pas la réalisation de la tâche, mais son empêchement. (MT, CS). C'est le fait de ne pas pouvoir terminer ce qui a été commencé, de faire une chose en pensant à une autre et même de commencer une tâche en sachant très bien qu'on ne pourra pas la mener à bien.⁶⁷

De plus, il apparaît un **décalage entre l'atteinte des indicateurs et la qualité de la PEC des patients** (Médecin du travail, IDE).

Les **diminutions du temps** disponibles ont pour conséquences une **réduction des temps de transmissions** (DRH, CS, IDE), une augmentation des **pressions des flux tendus** (IDE), voire une perte de contact avec le patient (MT). Cependant, il subsiste une interrogation sur être à la fois en capacité d'être dans l'excellence et maintenir un rythme soutenu d'activité (DRH, CSS, CGS).

Par ailleurs, l'amélioration continue de la qualité des organisations et de la prise en charge des patients reste une priorité pour tous, mais la remise en cause des modalités est permanente (CSS). Les **changements de façon de travailler** (CSS), ou le changement des organisations **en dernière minute** (AS) sont fréquents.

On demande de plus en plus aux agents d'être en capacité de répondre à l'**adaptation des organisations** mais aussi à la vigilance de suivre cette évolution (CSS). Or ces changements nécessitent de **prendre du temps pour l'information** des agents (CSS, CS).

En d'autres termes, des tensions au travail peuvent apparaître dans le cadre de recompositions du monde du travail, dans le cas de nouvelles formes d'organisation du travail, ou encore des tensions entre travail et emploi et des tensions d'ordre cognitif.⁶⁸

La recomposition des organisations et leur évolution, formalisée ou non, entraînent une **évolution des fiches de poste** (MDP, CSS, CGS) mais également un **risque de glissement de tâches** (MDP, CSS).

⁶⁷ CLOT Y, 2010, *le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 190 p.

⁶⁸ LALLEMENT M, 2009, *Le travail sous tensions*, Editions Sciences Humaines, 125 p.

Les nouvelles organisations étant de plus en plus normées, elles entraînent une perception, de la part des agents, d'une **déresponsabilisation et d'une diminution de l'initiative et de l'autonomie** (CSS).

Les nouvelles formes d'organisation du travail, et la diminution progressive du Taylorisme déplacent deux couples d'oppositions : l'opposition entre l'autonomie et la contrainte, et entre coopération et division.⁶⁹ L'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail provoque un déplacement entre une autonomie accrue des individus dans l'organisation et la réalisation de leur travail et des contraintes en terme de temps, de qualité, de plus en plus importante. « *Si on va trop dans le détail des protocoles cela diminue la performance* » (CSS). « *Il faut trouver un équilibre entre qualité, protocole et autonomie* » (CSS, IDE).

SUR LE SENS

L'évolution, vers la performance, peut être positive une fois les résistances aux changements combattues et **si les objectifs sont partagés et atteints** (CSS). La détermination d'objectifs et d'indicateurs, permet de **déterminer un cap** (CSS). Certains exemples comme l'hygiène illustre particulièrement ce constat (MT).

Or **la perte de sens ne permet pas d'obtenir l'adhésion des agents**. Les agents s'interrogent sur le rapport entre les **objectifs, jugés trop administratifs**, et la qualité de leur activité (AS, IDE). Quel sens donner à leur exercice quotidien ? (IDE, MT). L'hôpital se doit d'être performant « *mais pourquoi* » disent certains professionnels (IDE, AS, CS). Pourtant, la performance ne peut exister que si sa vision est partagée.⁷⁰

La performance, afin d'être mesurée, oblige à **écrire en permanence des objectifs et des indicateurs** (DRH), tout devient de la technique, mais dans quel sens ? Par ailleurs, il existe un **problème de lecture et de compréhension des indicateurs de performance** différentes : ex durée - coût / soin de qualité, la dimension humaine qui donne satisfaction au patient... (MDP, IDE).

CRAWFORD MB impute au management et à la place exorbitante des instruments déployés par celui-ci, la responsabilité de cette perte de sens.⁷¹

⁶⁹ Ibid

⁷⁰ TEIL A, 202, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs application de la gestion hospitalière*, Thèse pour le Doctorat en Sciences de Gestion, p17.

⁷¹ CRAWFORD MB, 2010, *Eloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*, Editions la Découverte, 249 p.

De plus en plus le **cloisonnement des organisations et l'arrêt des échanges** ne permettent plus de comprendre certaines situations (MDP).

Pour terminer, dans ce contexte de performance, le management évolue et entraîne une réduction des rapports humains tant dans le soin qu'entre collègues. Les conséquences sont multiples et touchent aussi bien l'institution que les agents et leur santé. L'évolution ininterrompue des organisations, l'adaptation permanente demandée aux agents et l'absence de clé de lecture fait perdre le sens de leur activité. Par contre les professionnels sont en capacité d'exprimer leurs besoins en terme de solutions.

2.2.3 Les attentes exprimées par les professionnels

A) Des propositions de solutions

UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE ATTENTIVE A LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Parmi les attendus la **Direction doit apparaître soucieuse des conditions de travail** (CSS, CGS). Les formations sont nécessaires, afin de former les cadres à **développer des organisations cohérentes avec la qualité de vie au travail** (DRH, CSS, MT) à titre préventif. De même les formations doivent permettre de **faciliter le dépistage et la prise en charge des tensions au travail** (CSS, MDP, MT). **Des audits externes** peuvent être nécessaires pour déterminer les causes et projeter les solutions (DRH), tout en **objectivant les situations de tension au travail** (CSS, DRH).

Par ailleurs, la formation cadre est devenue très universitaire et moins proche du terrain (DRH), ce qui rend les cadres moins bien « outillés ». C'est pourquoi une formation « coaching des cadres » paraît nécessaire dans le contexte d'aujourd'hui.

Cependant, le management est très influencé par le Directeur et le Coordonnateur Général des Soins (CSS, CS, DRH). C'est en s'appuyant sur ces acteurs que la mise en œuvre d'une politique institutionnelle est souhaitée. (CSS, MT, DRH)

UNE POLITIQUE MANAGERIALE

Les cadres sont en attente de **considération par les Directeurs comme des collaborateurs** à part entière (CSS, CGS), et souhaitent gagner leur confiance, pour mettre en place une vraie collaboration et créer du lien (CSS).

Cette **reconnaissance est également attendue par les agents** afin de favoriser la **confiance et l'autonomie** (CSS, IDE, AS). Elle passe par la **connaissance des agents et du terrain** (PS, CSS, MDP). Connaître les agents et le terrain doit permettre aux cadres de rester « crédibles » (MDP, CSS, CGS).

En assurant une **présence sur le terrain**, les cadres doivent pouvoir **dépister et protéger** les agents en difficulté, « *sentir les tensions* » (CSS, MT). Par exemple, la mise en place de **postes aménagés** temporaires ou définitifs dans certains services peut être une réponse aux agents en difficulté (DRH, CGS).

En **listant les tâches redondantes ou « inutiles » attribuées aux cadres**, qui sont à la source de l'évolution de leurs missions au détriment de l'accompagnement de leurs équipes (DRH, CS, CSS), il doit être possible de permettre aux cadres d'être plus présents dans leurs unités.

La politique managériale souhaitée doit favoriser **l'écoute** des agents, y compris par les « *petites phrases entre 2 portes* » (CSS, IDE, AS). De même, les **entretiens individuels** (CSS) sont aussi des moments à privilégier, tant entre les cadres et les agents, que les cadres avec le coordonnateur général des soins. (CSS, CGS, CS).

D'une part, ces échanges doivent permettre de **développer les latitudes des agents** (DRH), d'autre part, ces temps doivent permettre d'apporter du sens (CS, DRH, CGS), « *donner l'explication du pourquoi, ou pour quoi* » (IDE), faire du lien en déclinant les grandes orientations des pôles en harmonisant avec les projets de service (MDP, CSS, CGS). En effet, le personnel est sensible aux liens et la cohérence entre les services, à la différence des médecins (MDP).

Par ailleurs, **donner du sens dans la lecture des indicateurs** de performance (MDP, CSS, CGS) doit permettre une meilleure appropriation de la performance elle-même.

Le malaise actuel de la Société tient en partie au malaise dans le travail, plus qu'au malaise du travail. Le sens du travail s'est perdu, (MT, DRH) les employés ne comprennent plus ce qu'ils font.⁷² Ils ne sont plus en confrontation directe avec le réel, et ne savent plus pour l'élaboration de quel produit final ils travaillent. Ils doivent poursuivre des objectifs qui sont purement instrumentaux (DRH) et ne sont plus en rapport avec le bien ou le service à produire : les logiques qui se sont interposées entre le réel à

⁷² CRAWFORD MB, 2010, *Eloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*, Editions la Découverte, 249 p.

transformer et les salariés, les objectifs intermédiaires inventés par les managers, devenus pour eux objectifs finaux, ont créé un niveau de réalité qui rend l'exercice du travail insensé au sens propre du terme. L'utilité du produit final et sa qualité sont perdues de vue.

Enfin, la nécessité **d'anticiper l'adaptation des organisations** par rapport à l'activité (CSS) en favorisant le temps avec le patient (IDE, CSS) est exprimée comme une priorité.

A savoir, la finalité de la fonction de management de la qualité de vie au travail est d'assurer l'équilibre « performance / pénibilité / plaisir » dont dépend la productivité de l'entreprise et son avenir. Cet équilibre passe par l'amélioration continue de la qualité de vie au travail et hors travail des salariés, qui implique l'évolution des conditions du travail (contenu, rythme et charge de travail, relations dans les équipes...) autant que celle des conditions de travail (environnement physique, chaleur, poussières...)⁷³

DES ESPACES DE COMMUNICATION

C'est pourquoi **laisser des « plages de respiration », importante pour la communication** (CSS, IDE, AS), doit favoriser les rencontres entre le cadre et les agents (PS, AS, IDE), par des réunions de service par exemple, tout en ne cherchant pas à tout rationaliser (CSS). Ces moments d'expression, quelques fois informelles (CSS, MDP, AS), y compris pour les cadres, favorisent les moments de convivialité (MDP, CS, IDE).

Les politiques institutionnelles ou managériales doivent permettre aux cadres d'être plus présents dans leurs unités et assurer leur rôle d'accompagnement. Ils représentent un rouage dans l'information de l'établissement et un lien avec les équipes pour assurer la compréhension des objectifs et des indicateurs à suivre. Le cadre apporte le sens donné à l'action en reconnaissant le rôle de chaque acteur au sein du service, en lien avec l'ensemble de l'établissement.

B) Des responsabilités partagées

Les informations recueillies, lors des entretiens, nous ont permis d'identifier les acteurs qui apparaissent pour les professionnels comme ceux qui ont une responsabilité dans la qualité de vie au travail. La présentation de cette liste est faite en fonction de la récurrence de leur nomination dans les entretiens.

⁷³ LASFARGUE Y ; MATHEVON P, 2008, *Qualité de vie et santé au travail*, Toulouse : OCTARES éditions, 302 p.

Tout d'abord le **cadre d'unité** est cité comme le premier protagoniste qui peut intervenir sur la qualité de vie au travail. Est attendue de lui, la proximité avec les équipes et avec le terrain (CSS, CS, IDE, AS, PS).

Ensuite le **Directeur général** est identifié pour impulser une politique managériale qui favorise les conditions de travail et la reconnaissance des agents (CGS, CSS, IDE, MT).

Le **Coordonnateur Général des Soins** est attendu pour son positionnement au sein de l'établissement et pour favoriser et accompagner les politiques liées à la qualité de vie au travail (CGS, CSS, IDE, MDP).

Les deux fonctions de directions sont identifiées dans les mêmes proportions. La seule distinction se traduit par les attentes complémentées par celle du médecin du travail à l'égard du Directeur, et par celle du médecin chef de pôle pour le Coordonnateur Général des Soins.

Par ailleurs, les conditions de travail sont déterminées par les relations qui existent entre **les collègues et les équipes** (IDE, AS, PS).

Par contre, et malgré une position centrale dans la coordination du pôle, le **cadre supérieur de pôle** ne semble pas être un interlocuteur privilégié dans la qualité de vie au travail (MDP, IDE), tout comme le **médecin chef de pôle**. (CSS, MDP)

Enfin, le **médecin du travail et le psychologue** sont identifiés comme des relais pour l'encadrement, en amont et en aval des rendez vous (CSS, PS), afin de participer au dépistage des tensions au travail. Cependant, la présence massive des psychologues dans les établissements alimente la « tentation de poser le problème de la souffrance au travail uniquement en termes de fragilité personnelle »⁷⁴.

En conclusion, le **cadre d'unité** reste le principal acteur pour favoriser la qualité de vie au travail. Par ailleurs, la politique institutionnelle est un préalable qui est à déterminer par le Directeur et le Coordonnateur Général des Soins, pour leur mise en œuvre.

⁷⁴ BOURBOULON I, 2011, *Le livre noir du management*, Bayard Jeunesse, 282 p.

2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses

Notre questionnement de départ « Comment le Directeur des Soins peut-il concilier performance et qualité de vie au travail ? » nous avait conduits à formuler 4 hypothèses de travail, que nous pensons avoir validées.

La recherche de la performance, à l'Hôpital, a des conséquences sur la qualité de vie au travail et sur la santé au travail

Le contexte hospitalier est confronté à des contraintes de plus en plus exigeantes liées à l'aspect financier, à la qualité du service à rendre, aux évolutions technologiques, aux changements de rapports avec l'utilisateur et à « l'hypermédiatisation ».

La recherche de la performance tente de répondre à l'ensemble de ces enjeux. Or, pour y parvenir l'Hôpital doit s'organiser, se réorganiser dans un environnement concurrentiel. Même si les professionnels rencontrés affirment que ces mesures sont nécessaires, il n'en demeure pas moins qu'elles génèrent des conséquences sur la qualité de vie au travail.

Cela se traduit soit par l'inquiétude liée à l'emploi, par la modification des rapports humains au travail, ou par une évolution du management qui n'apporte plus de reconnaissance à ses salariés.

Par ses composantes, la qualité de vie au travail est affectée par la perte : de la qualité des relations sociales, de la qualité de l'organisation du travail mais aussi par l'impossibilité de réalisation professionnelle. Par conséquent, la santé des salariés est également touchée et s'illustre par l'augmentation de la charge psychologique, l'épuisement au travail et le développement des pathologies liées au stress.

La santé au travail et la performance (au travers d'un de ses éléments : par exemple la qualité des soins) sont interdépendantes

Les absences liées aux maladies engendrées par le contexte d'exercice professionnel sont à la source de désorganisation, d'une part du service, d'autre part des agents du fait de la réorganisation de leur planning.

En outre, la perte « des bonnes relations » au travail, ou de l'aspect collectif, s'oppose au bon fonctionnement du service et donc de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, le développement des phénomènes de stress au travail, ou des risques psycho-sociaux, influence directement la performance de l'établissement au travers de la qualité des soins. L'inadaptation aux réorganisations ou au travail dans l'urgence caractérise ce constat.

Si la représentation de la performance n'est pas partagée, les objectifs de performance souhaités ne seront pas atteints

La performance est par définition relative. Elle ne peut s'envisager qu'en relation avec ce qui est attendu de l'organisation, du groupe ou de l'individu. Cette perception subjective impose que la performance soit explicitée au risque que la déclinaison des actions entre en opposition avec le but recherché.

En effet, l'évolution vers la performance ne peut être positive que si les objectifs sont partagés. La perte du sens fait perdre l'adhésion des équipes et la motivation des agents. De plus, le suivi des indicateurs de performance nécessite une compréhension et une appropriation des professionnels pour les mêmes raisons.

Le Directeur des Soins a un rôle à jouer dans la conciliation de la performance et la qualité de vie au travail

Soit par les actions attendues, ou explicitement citées, le Directeur des Soins a une responsabilité dans le maintien et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Son implication doit s'illustrer dans la définition et la mise en œuvre des politiques institutionnelles liées aux conditions de travail, ou dans les organisations de l'établissement, de par sa position au niveau stratégique. Elle peut aussi se décliner, par le biais de l'encadrement, avec la définition d'une politique managériale attentive à la qualité de vie au travail.

Cette implication du Directeur des Soins répond aux enjeux liés à la performance de l'établissement de par les interactions qui existent entre la qualité de vie au travail et les domaines de compétences suivants : la qualité des soins, la gestion des ressources humaines, les organisations, le management, par le positionnement des cadres, la communication pour donner du sens, partager les objectifs, et être cohérent dans les décisions.

3 Concilier qualité de vie au travail et performance, des préconisations pour le Directeur des Soins

En France, la logique des rapports sociaux au travail est perçue nécessairement comme un jeu à somme nulle (ce que les uns peuvent gagner est nécessairement perdu pour les autres). Alors que dans d'autres pays européens comme la Scandinavie, une logique gagnant/gagnant prédomine. Elle se traduit par une capacité à organiser le travail de manière à ce que chacun « y trouve son compte »⁷⁵.

L'objectif de la nouvelle gouvernance hospitalière est de réaménager la cartographie des établissements sanitaires par l'anticipation des évolutions démographiques (des usagers du système de soin et du personnel hospitalier), territoriales et économiques. Ces évolutions marquent un changement culturel influençant les périmètres d'action des acteurs quelque soit leur position hiérarchique.

Dans ce contexte, l'enquête a démontré que la qualité de vie au travail représente un véritable levier pour la performance des établissements. Cependant atteindre dans la durée les objectifs d'amélioration de la qualité de vie au travail suppose de se poser la question de l'impact des solutions envisagées sur la performance et les personnes en matière de santé, bien être, ou encore de développement professionnel.

Comme définies dans le référentiel métier, les missions du Directeur des Soins relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel. Ainsi, les propositions se déclinent suivant 3 niveaux d'intervention : au niveau institutionnel, au niveau de la coordination des cadres de santé et par l'analyse des organisations.

3.1 Cohérence institutionnelle, un enjeu stratégique pour le Directeur des Soins

La définition et la mise en œuvre de politiques institutionnelles ne peuvent être envisagées sans l'implication de toutes les directions d'un établissement.

Par ailleurs, l'ensemble des préconisations met en interaction le Directeur des Soins avec l'ensemble des acteurs de l'institution. Le partage des informations au niveau stratégique vise à mesurer les enjeux et apporter de la cohérence dans les actions à mener.

⁷⁵ PHILIPPON T, 2007, *Le capitalisme d'héritiers : la crise française du travail*, Editions Seuil, 109p.
Philippe DESTRIEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2012

3.1.1 L'intégration du facteur humain dans la politique des ressources humaines et dans l'évaluation de la performance

La qualité de vie au travail ne se décrète pas elle se construit. Pour cela, l'intégration et la valorisation du facteur humain apparaissent essentielles dans la politique des ressources humaines, comme dans l'évaluation de la performance. Cette politique est à distinguer du projet social.

Œuvrer sur la qualité de vie au travail c'est aussi développer l'attractivité. C'est pourquoi la politique des ressources humaines demande de mettre en cohérence les projets professionnels avec les projets de l'établissement, dans le cadre d'une collaboration du Directeur des Soins et du DRH.

En effet, l'évolution des activités, ou la prévision d'évolution, qu'elles soient techniques ou organisationnelles, nécessitent l'acquisition ou le développement de compétences. Il s'agit alors de maintenir en adéquation permanente le niveau de compétence nécessaire. Le **plan de formation** vise à accompagner l'adaptabilité des professionnels aux activités.

Cependant, le temps long d'acquisition des compétences s'oppose au temps court du domaine économique. Par conséquent, la **Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences** doit être exercée de manière anticipée afin de ne pas atteindre des seuils « d'incompétence » qui pourrait mettre les professionnels dans des situations caractérisées d'insécurisées.

L'évaluation de la performance impose la mise en place et le suivi d'indicateurs. Les tableaux de bord, en général, sont essentiellement alimentés par des indicateurs relatifs à l'activité, à la qualité ou encore au domaine économique. Il nous semble important que l'ensemble des indicateurs soit articulé entre eux, c'est-à-dire de **croiser les indicateurs** d'activité avec ceux relatifs à la satisfaction des patients, mais aussi avec les indicateurs en lien avec la satisfaction des professionnels.

De plus, la **valorisation du collectif**, dans l'évaluation de la performance, est souhaitable car l'aspect des indicateurs individuels nuit au lien social. Or, comme nous l'a indiqué l'enquête, la place de l'équipe ou des collègues est significative pour le bien être des professionnels.

3.1.2 D'une politique managériale à un projet de management

L'intérêt porté au mode de management et ses déclinaisons apparaît comme essentiel dans le contexte hospitalier actuel de recherche de performance, quel que soit le niveau hiérarchique.

C'est pourquoi, l'étude nous montre qu'à partir d'une politique managériale d'établissement nous proposons que le Directeur des Soins soit force de proposition dans la construction du **projet de management** intégré au projet d'établissement auquel **les cadres sont associés à sa rédaction**.

En effet certains établissements ont déjà mis en place des séminaires de direction, où directeurs, médecins chefs de pôle et cadres se côtoient pour partager leur réalité quotidienne. A l'issue de ces rencontres les collaborations cadres – médecins – directions et binôme cadre-médecin, sont réinterrogées afin d'envisager les pistes d'amélioration qui seront traduites dans le futur projet de management.

De plus les **circuits de décision**, les modalités de **communication** ou encore **d'autonomie** dans le fonctionnement en pôle, sont partagées et définies. Afin de **prévenir tout « management par la peur »**, les modalités de communication des indicateurs, particulièrement financiers, sont explicitées en toute **transparence** en reflétant au plus proche la réalité. Cette tentation existe dans certains cas où des réorganisations sont nécessaires et sont appuyées par une manipulation des chiffres pour légitimer les actions à mettre en œuvre.

Le projet de management, pour répondre aux enjeux de la performance, doit reconnaître que la santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, où les **cadres de proximité sont les premiers acteurs de santé**. Par ailleurs les cadres doivent aussi être les bénéficiaires des actions relatives à la qualité de vie au travail.

Le projet de management doit être sécurisant et stable. Pour y répondre il convient, tout d'abord, de **définir le bon niveau de « reporting »** ce qui permet d'éviter de déresponsabiliser les managers tout en évitant de réduire le temps consacré au management d'équipe.

Ensuite, l'analyse nous a montrés que les cadres de proximité sont de plus en plus occupés en dehors de la « scène du travail » et mis à distance de leur service. C'est pourquoi, il nous parait fondamental **d'identifier et d'évaluer les activités connexes**,

qui peu à peu se sont introduites dans leur fiche de poste, et induisent « un management empêché ». **Désempêcher les cadres**, en réattribuant les tâches connexes ou en apportant les outils nécessaires, doit permettre de lutter contre l'éloignement du terrain et des pratiques quotidiennes. Les personnels souffrent non pas d'une omniprésence du cadre mais de son absence.

La légitimité du manager se caractérise par la connaissance de l'activité de son service, mais aussi par la distinction qu'il fait entre le travail prescrit et le travail réel. Sa présence sur le terrain renforce cette valorisation particulièrement si le **travail est mis en dialogue** et que les tensions au travail peuvent être exprimées, explicitées et solutionnées grâce à cette présence. Il s'agit donc de **remettre le cadre au centre du prescrit et du réel**.

En terme de prospective, dans un contexte de démobilisation ou de crise morale à l'hôpital, un cadre dont les compétences personnelles peuvent influencer positivement la compétence collective, doit pouvoir être reconnu et valorisé pour assurer les exigences d'efficacités. Or la valorisation se traduit également par sa connaissance du travail réel.

Cependant pour produire la **confiance et la coopération** nécessaires, il faut du temps. La **stabilisation de la fonction cadre** doit donc être réinterrogée, particulièrement en cas de rotations trop fréquentes.

Enfin, le projet de management doit comporter des éléments de suivis mais aussi être évalué. Le développement et la généralisation de **pratiques réflexives managériales** dans l'établissement, y compris au niveau des directions, apporteront la cohérence attendue et exprimée par les professionnels lors de l'enquête. La rédaction d'une **charte des attitudes adaptées professionnelles** peut servir de référence, en lien avec une **formalisation des valeurs institutionnelles**.

Pour terminer, panser et prospecter l'avenir du métier de cadre de santé paraît nécessaire, **en préparant et formant les managers à leur rôle d'acteur de santé**. Cependant, la construction du programme de formation sur les comportements managériaux se doit d'être construit avec ces derniers, au risque de renvoyer une représentation de cadre « incompetent ».

3.1.3 La mise en œuvre d'une politique de santé au travail

La politique de santé au travail vise à donner, ou redonner, l'envie de venir travailler, mais aussi de maintenir la santé des professionnels dans leur exercice par la prévention. La politique institutionnelle doit s'appuyer sur **l'analyse de l'influence des conditions de travail sur la santé**. Le partenariat étroit avec la médecine du travail peut se concrétiser par des enquêtes systématiques en cas d'accident du travail, la recherche d'améliorations consensuelles entre la hiérarchie, les partenaires sociaux et les personnels. Le **rôle de l'infirmier(e) du service de médecine du travail** apparaît primordial. En effet, reconnue par ses pairs, elle peut intervenir et participer à cette analyse comme à la recherche de solutions. Le Directeur des Soins doit pouvoir s'appuyer sur son expertise, mais aussi sur la **collaboration avec le médecin du travail**, afin de constituer le cahier des charges des **plans institutionnels d'équipements** ou encore sur l'aménagement des services.

Cette analyse ne peut être réalisée qu'à partir d'**indicateurs** qu'il convient de croiser. Le choix pertinent des indicateurs permet d'élargir la réflexion au-delà du simple constat. En effet, le croisement des indicateurs du type d'absentéisme, nombre d'heures supplémentaires, âge, ancienneté dans le service enrichit un **tableau de bord au niveau de chaque service**, ce qui permet au cadre d'assurer un meilleur suivi et de disposer des éléments pour envisager les solutions à apporter. Il permet **d'objectiver les situations de désengagement** ayant pour conséquence un absentéisme « chronique », un turn over, une démotivation ou encore des difficultés de recrutement.

3.1.4 Une collaboration nécessaire entre DS, DRH et médecine du travail

La collaboration attendue, doit permettre de systématiser l'analyse, la planification et l'évaluation des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Outre les Contrats locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), les actions menées ambitionnent de favoriser l'intégration des professionnels dans leur contexte de travail. La mise en place d'un **entretien systématique de retour**, entre le salarié et son manager, après un arrêt maladie, d'une durée longue ou ayant un aspect répétitif est une proposition qui peut faciliter le retour de l'agent comme avoir un aspect préventif. Cet entretien est un moment privilégié entre le cadre et l'agent. Il permet d'identifier les problèmes vécus, de **définir les modalités de réinsertion** ou **d'évaluer le climat social**, dans le respect du secret médical.

Par ailleurs, la **prévention de l'absentéisme** est incontournable, pour maintenir les ressources humaines nécessaires à l'activité mais aussi pour s'assurer de l'adaptabilité des professionnels au contexte de travail.

La collaboration entre le Directeur des Soins, l'encadrement, et la médecine du travail est incontournable pour :

- **Définir des alertes** par le suivi des tableaux de bord,
- **Analyser les causes**,
- **Identifier les situations particulières** : problème physique ou psychique,
- **Définir les fiches de poste** pour les postes aménagés, ou pour les agents en aménagement de poste.

Ces collaborations peuvent donner sens à **l'anticipation d'affectation**, ou de réaffectation d'agents en difficulté, grâce au dépistage, en favorisant la mobilité afin de prévenir l'usure professionnelle.

De même, l'identification et le suivi de **postes aménagés** ou allégés dans l'établissement doivent permettre de positionner, temporairement ou définitivement, ces personnels. Or pour assurer le suivi de ces postes et des mouvements de personnels, les modalités doivent être définies en amont avec la DRH, la médecine du travail, la Direction des Soins et l'encadrement.

3.2 Une stratégie managériale pour le Directeur des Soins

Comme nous l'avons relevé lors des entretiens, l'inconsistance voire l'incohérence des messages envoyés par la ligne hiérarchique fragilisent un système peu prospectif et stratégique, se traduisant par des incohérences organisationnelles, une sous-utilisation et/ou une mauvaise utilisation des ressources.

De plus, les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation : chacun a ses objectifs propres, ses buts⁷⁶. Les acteurs interprètent leur rôle en fonction de leurs objectifs.

⁷⁶ CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, *L'acteur et le système*, Paris : Editions Points, 500 p.

3.2.1 Partager des objectifs explicités

Partager ne signifie pas forcément « être en accord » mais avoir une connaissance et une compréhension suffisante pour l'exercice professionnel au quotidien. Par ailleurs, cette explicitation permet de s'accorder sur une définition commune de la performance.

La mise en place de la nouvelle gouvernance a modifié les liens hiérarchiques et fonctionnels existants. Cette modification a d'autant plus de conséquences que le rôle des acteurs de santé au sein du pôle et leurs interactions avec les directions ne sont pas formalisés.

C'est pourquoi, dans un premier temps, la **clarification des rôles** dans le fonctionnement des pôles est un préalable. Elle se traduit par l'actualisation des fiches de poste de l'encadrement, la formalisation et la diffusion des organigrammes tant hiérarchiques que fonctionnels. Il s'agit de faire du travail un espace d'intégration où chacun a « sa place » et sa zone d'**autonomie**.

Dans un second temps, il faut comprendre le travail avant d'agir pour le transformer. Or, les réunions avec des informations descendantes ne suffisent pas. Il apparaît nécessaire que les projets soient répondeurs, ou fassent écho aux constats du terrain. Les objectifs, pour qu'ils soient appropriés, nécessitent d'être confrontés et échangés. C'est-à-dire, dans les situations qui le permettent, outre la **communication et l'information**, la **participation des cadres** en amont de la détermination des objectifs apparaît comme souhaitable.

Enfin ces objectifs doivent être explicites pour qu'ils soient compris de tous, mais aussi au travers d'une démarche participative pour dissiper la méfiance. Car obtenir la participation du personnel implique d'établir un **climat de confiance** entre les responsables de la conception du projet ou de la mise en œuvre, et les différents acteurs de terrain.

3.2.2 Identifier le cadre de proximité comme vecteur de sens

Tout ce que le manager dit et fait **donne du sens à l'action collective**. Chaque membre de l'équipe voit l'établissement et sa situation professionnelle au travers du prisme restreint de son manager direct. La situation est d'autant plus importante si le manager encadre d'autres managers, comme pour les cadres de pôle, par exemple.

Grâce à la définition de son rôle et de sa **zone d'autonomie**, Le manager de proximité doit disposer de marges d'adaptation et de décision pour **optimiser l'efficacité et la cohésion d'équipe**. A ce titre il convient **d'encourager les initiatives** qui contribuent au développement des compétences, à l'évolution professionnelle et au bien être au travail.

Cependant il faut également comprendre quels « savoirs-agir » le management de proximité priorise pour assurer la qualité des soins, alors qu'il doit rationaliser les moyens et motiver des équipes dont l'insatisfaction est reconnue.

C'est pourquoi, particulièrement dans les périodes de turbulences, **l'accompagnement et le soutien des cadres**, dans leur exercice quotidien sont importants. Car lorsqu'on ne sait plus remettre en cause une organisation défailante, on est fatalement conduit à remettre en cause les personnes qui œuvrent dans l'organisation. La mise en œuvre du **projet de management, ou les fiches de poste** déterminent alors un cadre de référence pour l'exercice de la fonction.

3.2.3 Opérationnaliser par l'animation des cadres de santé

Comme nous avons pu le relever dans l'analyse des entretiens, le cadre de proximité est l'élément central, le repère des professionnels.

C'est donc par l'animation de l'encadrement que le Directeur des Soins pourra rendre opérationnelle la politique managériale qui vise à concilier qualité de vie au travail et performance.

Tout d'abord, apparaît la nécessité de **mettre en discussion le travail** afin de redonner aux salariés un « pouvoir d'agir » garant de leur bonne santé et de relations sociales apaisées.⁷⁷ Il s'agit de **rendre visibles les difficultés et les tensions au travail**, afin d'y apporter les solutions les plus adaptées. Cependant la posture attendue doit permettre de réaliser la démarche sans jugement ni recherche de coupable.

Une fois cette approche réalisée, il faut répondre aux salariés en leur donnant les **moyens de se réaliser au travail**. Cet objectif ne peut être atteint qu'à condition de restaurer **des espaces de discussion et d'autonomie** dans le travail. Nommer des référents dans le cadre d'un projet, responsabiliser, ou encore généraliser les espaces de

⁷⁷ CLOT Y, 2010, *le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 190 p.

discussion sur les pratiques professionnelles (groupe de travail, sur le métier ou sur la qualité) en sont quelques déclinaisons.

Cependant le cadre doit veiller au juste équilibre et à la bonne répartition des charges de travail en évitant les surinvestissements ou encore l'absence d'implication, qui peuvent être sources de démotivation.

Dans les organisations, l'aspect collectif prime sur l'individuel. C'est pourquoi, la reconnaissance et l'équité organisationnelle se révèlent inévitables. En effet, ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus, **valoriser la performance collective** pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces sont sources de réussite. La performance est collective ou elle n'est pas. Par ailleurs, la performance et l'innovation font appel à l'intelligence collective : redonner de la **place à l'initiative** doit être favorisé.

Le maintien de cet aspect collectif, tout en favorisant **l'esprit d'équipe**, renforce les relations interprofessionnelles et met en exergue le **rôle social du travail**.

Cependant, la solidarité qui est exprimée dans les entretiens a des limites dans la **conciliation des temps**. En effet, le temps de travail doit s'accommoder avec le « hors travail ». Seule la stabilité de l'organisation peut répondre à ce préalable.

Ensuite, outre le rôle social du travail, **l'intégration des personnels** doit se décliner à tous les niveaux. Favoriser cette intégration c'est donner les moyens aux professionnels d'exercer leur métier en rapport avec l'évolution des activités. C'est pourquoi l'accompagnement par une « doublure » ou un **tuteur** identifié apporte un soutien à l'arrivée d'un nouvel agent dans le service. Cependant, et afin de donner un cadre de référence, les fiches de poste doivent être régulièrement réactualisées, au regard du travail réel, grâce à l'interrogation du travail.

Enfin, il faut construire **des perspectives professionnelles** avec les personnels, en mettant en place des plans de progrès individuels et en inscrivant les **évaluations dans la durée** et non à court terme. Ces plans pourraient être contractualisés et s'intituler « **contrat annuel de progrès** ». Ce document formaliserait le suivi des agents, l'inscription dans une perspective professionnelle mais aussi l'engagement de l'encadrement dans le soutien à apporter.

3.3 Une conciliation par l'analyse des organisations

Adapter les organisations devient un enjeu pour répondre à la performance des établissements de santé.

3.3.1 Recenser les changements

Les changements sont à la source des évolutions des conditions de travail, et se caractérisent par des innovations technologiques, organisationnelles et sociales. Ces changements d'organisation visent à l'adaptation à l'évolution des activités, pour faire face à l'intensité des activités. Certains changements sont à l'initiative des services ou des pôles, pour répondre aux difficultés exprimées par les professionnels du terrain.

C'est pourquoi **recenser les changements** et les initiatives est un préalable, afin d'anticiper la prise **en compte de l'impact humain**.

3.3.2 Mesurer la charge de travail dans son ensemble

Comme nous l'avons indiqué dans l'analyse, l'étude de la charge de travail doit prendre en compte les 2 dimensions qui la caractérisent : **charge de travail prescrite et la charge de travail réelle** de chaque salarié. Ces facteurs sont responsables de l'intensification du travail, car peu à peu la différence entre le prescrit et le réel s'introduit dans les fiches de poste de manière informelle.

Par ailleurs, c'est aussi mesurer la charge de travail ressentie en calculant le niveau d'**ergostressie**, combinaison de la fatigue physique, de la fatigue mentale, du stress mais aussi du plaisir au travail. Les **indicateurs** de charge de travail de type **SIIPS** (Soins Infirmiers individualisés à la Personne Soignée) et les **AAS** (Activités Afférentes aux Soins), peuvent être également croisés avec la **mesure du climat social**. Pour collecter les informations relatives au climat social, **les questionnaires** à l'échelle du service, ou du pôle, doivent permettre de mesurer la satisfaction au travail des professionnels.

La mise en dialogue du travail permet d'identifier les activités connexes aux soins mais aussi l'impact sur leur mise en œuvre.

En effet, un certain nombre de ces activités interrompt les activités de soins et majore la **charge mentale**. La **collaboration cadre-médecin** est d'autant plus importante qu'une partie de ces interruptions est liée à des problèmes d'organisation ou de cohérence avec l'organisation médicale. La complexité des prises en charge ou des parcours de soins accentue cette nécessité.

3.3.3 Analyser l'influence des conditions de travail sur la santé

Les conditions de travail ont une influence sur la santé des professionnels. Bien souvent c'est a posteriori que cette analyse est réalisée. Alors que dans toute fiche projet la mesure de l'impact des conditions de travail sur la santé doit être un **préalable** à chaque nouvelle organisation, ou réorganisation.

Il s'agit de repérer les **facteurs de risque et les facteurs de protection**, et créer une fonction de veille permanente.

Enfin, la question de l'**adaptabilité** aux nouvelles activités qui nécessiteraient la mise en œuvre de formations, doit s'inscrire dans le temps par des évaluations à distance.

3.3.4 Donner du sens aux protocoles et aux procédures au quotidien

La mise en exergue de la qualité et la sécurité des soins s'inscrit dans une évolution du rapport avec les usagers, tout en renforçant la pression sur la responsabilité des professionnels.

Les démarches qualité ont eu comme traduction la rédaction de nombreux protocoles ou procédures. Or certaines situations ne permettent pas aux professionnels de respecter en intégralité ces règles.

« La **qualité empêchée** », qui en découle est source de mal être au travail. C'est pourquoi ce constat incite à formaliser une politique de suivi des protocoles en prenant en compte certains critères.

Le plus souvent possible, les professionnels doivent être **associés à la rédaction et l'évaluation des protocoles** en initiant la réflexion à partir du vécu de leur quotidien, grâce à la mise en dialogue du travail et les analyses de pratiques.

Les protocoles doivent prendre en compte, dès leur rédaction, les écarts qui existent entre l'objectif à atteindre et le travail réel, même si par définition un protocole se veut réalisable.

Par ailleurs, la rédaction des protocoles doit déterminer **l'écart acceptable par rapport à la norme**, l'incontournable et le recommandé, suivant le contexte. Cette démarche évite de mettre le professionnel dans une situation d'injonction paradoxale.

De plus, certaines procédures liées à l'organisation des soins doivent se décliner en **procédures dégradées**, encadrant une certaine forme d'autonomie sans remettre en cause la qualité et la sécurité des soins.

Enfin, **le projet de soins** doit permettre de construire un management stratégique, un cadre de référence, et définir une éthique du soin et de la qualité, en lien avec la formalisation et le partage des **valeurs professionnelles**

Conclusion

En France, dans un contexte de recherche de performance, la qualité de vie au travail, en 2012, devient de plus en plus présente dans les préoccupations à l'hôpital. Elle se caractérise bien souvent par l'analyse de l'absentéisme ou encore des phénomènes liés aux risques psycho-sociaux, illustrés par des suicides qui ont également touché le monde hospitalier.

La finalité du management de la qualité de vie au travail est d'assurer pour les salariés l'équilibre « performance/pénibilité/plaisir ». Cet équilibre passe par l'amélioration continue de la qualité de vie au travail et hors travail, ce qui implique l'évolution des conditions du travail autant que celle des conditions de travail⁷⁸.

Mettre en œuvre ce management suppose une profonde remise en cause des pratiques actuelles en matière de sécurité et de santé au travail, non seulement des managers eux-mêmes, mais aussi de tous les autres acteurs concernés au titre de leur métier, de leur fonction ou de leur mandat.⁷⁹

Nous l'avons vu, cette remise en cause des pratiques nécessite de concilier la qualité de vie au travail et la recherche de la performance. C'est en comprenant et en agissant le plus possible en amont que l'on développera dans un même mouvement bien être au travail et efficacité.

Or concilier ces deux dimensions représente un enjeu pour le Directeur des Soins. En effet, la qualité de vie au travail des professionnels se traduit dans la qualité des soins.

Pourtant, la recherche de la performance n'a de sens que si sa traduction est explicitée et partagée. En l'absence d'explicitation ou d'accompagnement managérial, la recherche de la performance dégrade la qualité de vie au travail, favorise l'absentéisme et inverse le processus de la performance.

Le contexte économique et financier impose aux établissements de santé d'être efficaces et performants. Or il semble que la « course à l'activité » dans le cadre de la T2A, ou l'augmentation des capacités de lits, ne soit plus le modèle à suivre.

⁷⁸ Ibid

⁷⁹ LASFARGUE Y ; MATHEVON P, 2008, *Qualité de vie et santé au travail*, Toulouse : OCTARES éditions, 302 p.

Par ailleurs, la prise en charge des patients évolue de plus en plus vers des durées de séjours écourtées au maximum. Ces différentes évolutions imposent donc de réinterroger les organisations.

Cependant le management « des réorganisations » se doit d'être responsable afin de mettre en cohérence la performance et la valeur que représentent les ressources humaines. Le capital humain n'est pas uniquement une variable d'ajustement en cas de Plan de Retour à l'Equilibre (PRE).

Enfin, l'introduction du développement durable envisage une ouverture vers de nouveaux processus managériaux. Caractérisé par un développement qui répond aux besoins du présent, sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins, il prend en compte les dimensions sociales, économiques et environnementales, nécessaires à toute recherche de performance durable.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 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

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 de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière

Ouvrages

ALECIAN S ; FOUCHER D, *le management dans le service public*, 2^{ème} édition, Paris, Editions d'organisation, 446 p.

ALTER N, 2008, *Sociologie du monde du travail*, Paris : PUF, 355p

BOLTANSKI L ; CHIAPELLO E, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, 843 p

BOURBOULON I, 2011, *Le livre noir du management*, Bayard Jeunesse, 282 p

CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'Hôpital*, Paris : Editions Medica, 258 p.

CLEMENT JM, 2006, *L'hôpital la technique et l'éthique*, Bordeaux : les études hospitalières, 192 p

CLOT Y, 2010, *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psycho-sociaux*, Paris : La découverte, 190 p

COUDRAY MA, 2004, *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Paris : Editions Seli Arslan, 224 p

COULOMB A, 2009, *Un regard différent sur le management hospitalier*, éditions CAHPP, 126 p.

- CRAWFORD MB, 2010, *Eloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*, Editions la Découverte, 249 p.
- CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, *L'acteur et le système*, Paris : Editions Points, 500 p.
- ERBES-SEGUIN S, 2010, *La sociologie du travail*, Editions la Découverte, 125 p
- DUPUYS F, 2011, *Lost in management*, Paris : Editions du Seuil, 268 p.
- LALLEMENT M, 2009, *Le travail sous tensions*, Editions Sciences Humaines, 125 p
- LASFARGUE Y ; MATHEVON P, 2008, *Qualité de vie et santé au travail*, Toulouse : Octares éditions, 302 p
- MAS B ; PIERRU F ; SMOLSKI N ; TORIELLI R, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant, 365 p
- MINTZBERG H, 2008, *Le management, voyage au centre des organisations*, 2^{ème} édition, Paris, Editions d'Organisation, 703 p
- PHILIPPON T, 2007, *Le capitalisme d'héritiers : la crise française du travail*, Editions Seuil, 109 p
- VATIN F, 2009, *Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*, PU Mirail, Collection socio-logiques, 306 p.

Articles et périodiques

- BOURGUIGNON A, 1995, « *Peut-on définir la performance ?* », Revue Française de comptabilité, n°269, pp 61-66
- GLARDON P – LE GAILLIARD L, 2010, « les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé », *Gestion Hospitalière*, n°501, pp.631-634
- GLARDON P – LE GAILLIARD L, 2011, « comment promouvoir la performance des pôles ? », *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp.28-31
- LAUDE L, octobre 2010, « Sens et contre sens de la mesure de la performance », *Cahiers Hospitaliers*, n°271, pp30-32
- PRUSKI M, 2011, « Risques psychosociaux et certification V2010 : une combinaison au service de l'humain », *SOINS Cadres*, n°77, pp.21-23
- SICOTTE C, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, 1999, « *la performance des organisationnelle des organismes publics de santé* », revue transdisciplinaire de santé vol 6, n°1, pp 34-10

Thèses

- TEIL A, 2002, « *Défi de la performance et vision partagée des acteurs application de la gestion hospitalière* », Thèse pour le Doctorat en Sciences de Gestion, p17

Mémoires

LAMOUR J, 2010, « *les indicateurs de la charge en soins dans le dimensionnement des équipes : place du Directeur des Soins* » Mémoire Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), p34

LE ROUGE O, 2010, « *la performance organisationnelle des pôles d'activité clinique, quelles conceptions pour quels pilotages ?* », Mémoire Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), p35

Sites Internet

CLOT Y, 2010, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

DAMART S, 2012, « la fragilisation des corps intermédiaires de management impacte la qualité de vie au travail », *HOSPIMEDIA*, [visité le 24.05.2012] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

DETCHESSAHAR M, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

GUERIN JP, 2010, « Actes du séminaire : qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », [visité le 24.08.2012] disponible sur internet : www.has-santé.fr

LACHMANN H, *10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. [visité le 20.07.2012], disponible sur internet : <http://www.imfp.org>

SOUCHON P. *Regard sur les absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers*. [visité le 20.06.2012], disponible sur internet : <http://sofcap-sofcah.com/file/soflink/pj/note>

WEILL M – HEUDE G. mai-juin 2007, « *Travail et changement* », numéro spécial, p2 [visité le 18.08.2012], disponible sur internet : <http://www.anact.fr>

Conférences et cours

SANZALONE E, 2012, « Hôpital DGOS ministère-santé congrès ressources humaines santé au travail HAS ANAP, la DGOS incite les Hôpitaux à s'intéresser à la santé au travail et aux risques psycho-sociaux » *APM International*, [visité le 24.05.2012] disponible sur internet : www.apmnews.com

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien	p II et III
ANNEXE 2 : Grille d'analyse de données	p IV
ANNEXE 3 : Grille de Synthèse thématique (partie 1)	p V

Guide d'entretien

« Quelles sont les conséquences de la performance sur la qualité de vie au travail »

Rappel du cadre de l'entretien :

- Elaboration d'un mémoire de recherche dans le cadre de la formation de Directeur des Soins
- Enregistrement de l'entretien demande d'accord préalable

1. Présentation de l'enquêté

- Fonction
- Ancienneté dans la fonction
- Parcours professionnels
- Missions au sein de l'établissement

2. Présentation du contexte hospitalier

- Quelles sont les caractéristiques du contexte hospitalier actuel ?
- Quelles sont les contraintes qui pèsent sur l'établissement et liées à cet environnement ?
- Pouvez-vous en donner des exemples de traduction dans l'établissement ?

3. Les mutations et les tensions qui sont générées

- Quelles sont les évolutions du contexte hospitalier ? Ce qui a changé pour les hôpitaux ?
- Quels sont les changements observés dans l'organisation du travail ?
- Quelles en sont les conséquences ?
- Dans le travail, quelles tensions sont générées par ces changements ?
- Comment se traduisent-elles ? exemples ?
- Quelles sont les perspectives ?

4. La notion de performance et les conséquences qu'elle peut induire

- Quelle définition donnez vous à « la performance » ?
- Que pensez vous de la recherche de la performance à l'hôpital ?
- Comment se traduit-elle à l'hôpital, dans votre établissement ? dans votre service ?
 - o Pour le patient
 - o Pour les équipes
 - o Pour le professionnel
- Quels sont les effets que peut produire la recherche de performance ?
- Comment cela s'est-il passé pour vous ?

5. Les acteurs qui interviennent dans la gestion des tensions au travail

- Dans votre établissement qui intervient en cas de tension au travail ?
- Comment ? exemples
- Selon vous qui devrait également intervenir ?
- Quelle est votre participation ?
- Comment les « dirigeants » de l'hôpital interviennent-ils ?
- Comment évaluez-vous ces interventions ?
- Quelles sont les attentes des professionnels à ce sujet ?
- Quelles sont vos attentes ? Pistes d'amélioration ?

6. Ajouts complémentaires

Observation

- **Management interne de l'établissement**
- **Du management du DS**
- **Réunion CHSCT**
- **Réunion de Direction**

GRILLE ANALYSE DE DONNEES

Thèmes abordés durant l'entretien	INFORMATIONS COLLECTEES – entretien N°1	Illustrations, exemples	Liens bibliographiques
1. Présentation de l'enquêté			
2. Présentation du contexte hospitalier			
3. Les mutations et tensions générées			
4. La notion de performance et conséquences induites			
5. Les acteurs intervenants dans les tensions au travail			
6. Compléments informations			

GRILLE DE SYNTHESE THEMATIQUE (partie 1)

Entretiens	Thématique N° 3 : La performance	Illustrations, exemples	Liens bibliographiques
Entretien N°1 Mr C Directeur Général			
Entretien N°2 Mr L Directeur des Ressources Humaines			
Entretien N°3 Mme D Coordinatrice Générale des Soins			
Entretien N°4 Dr G Médecin Chef de Pôle			
Entretien N° 5 Mme C Cadre Supérieur de Santé Pôle Chirurgie			
Entretien N° 6 Mr B Cadre Supérieur de Santé Pôle Médico technique			

DESTRIEZ

Philippe

Décembre 2012

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

Concilier performance et qualité de vie au travail, un enjeu pour le Directeur des Soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Denis Diderot PARIS 7

Résumé :

En 2012, les hôpitaux évoluent dans un environnement en mutation et entraînent à la performance. Une adaptation continue des organisations et des professionnels s'impose pour plus de productivité mais aussi d'efficacité.

L'environnement socio-économique incertain, la perte de sens dans l'action et la perception des contraintes engendrent du mal être et des tensions au travail. Qualité de vie au travail et performance se mettent alors en opposition.

A partir d'éléments théoriques et d'entretiens auprès des différents acteurs d'un établissement public de santé, nous avons cherché à appréhender le rôle du Directeur des Soins pour concilier performance et qualité de vie au travail.

La performance apparaît comme un concept polysémique, qui interagit avec la qualité de vie au travail et pour laquelle le management est envisagé comme une solution.

Le Directeur des soins devra, alors s'appuyer sur une cohérence institutionnelle, une stratégie managériale via les cadres et une analyse des organisations.

Mots clés :

Performance – Hôpital - Directeur des Soins – Santé au travail – Management – Organisations du travail – Organisation hospitalière – Cadre de santé – Condition travail - Développement durable -

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.