



Directeur des Soins

Promotion : **2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**Qualité de vie au travail des cadres de
santé et performance, le rôle
managérial du DS**

Hélène PINHEIRO

Remerciements

Parmi l'ensemble des personnes qui m'ont accompagné au cours de mon parcours professionnel ces derniers mois, il me tient à cœur de remercier particulièrement :

- Les professionnels rencontrés tant au niveau de mes différents stages, que les professionnels interviewés pour leur disponibilité et la richesse de leurs propos,
- Les élèves Directeurs des soins de la Promotion Caroline Aigle, avec qui, au cours de ma formation à l'EHESP, j'ai eu la chance et le plaisir de partager du temps malgré le contexte sanitaire lié à la COVID. Je garde de souvenirs précieux, riches d'émotions et d'amitiés,
- A Jean-Claude VALLEE, pour son soutien méthodologique, sa bienveillance, sa disponibilité, qui m'a permis de cheminer dans ce travail.

Enfin pour leur confiance indéfectible, pour leur soutien, je dédie ce mémoire à mes trois enfants et ma famille

Sommaire

Introduction	1
1 La qualité de vie au travail, déterminant de la performance hospitalière et du management	5
1.1 Vers une qualité de vie au travail : une clé pour la qualité des soins	5
1.1.1 La QVT, brève histoire d'un concept	5
1.1.2 Quelques éléments de définitions à travers différentes visions	6
1.1.3 Délimitation des champs de la QVT et ses enjeux	8
1.1.4 La démarche QVT.....	9
1.2 La performance des établissements publics de santé	11
1.2.1 Définition.....	11
1.2.2 Les tableaux de bord, un levier interne de la performance	11
1.2.3 Le lien entre Qualité de vie au travail et performance	12
1.3 Le management à l'hôpital	13
1.3.1 De quoi s'agit-il ?	13
1.3.2 Le management et les cadres de santé à l'hôpital.....	14
1.3.3 Le management du Directeur des soins : acteur politique, stratège et manager	15
1.4 Synthèse de la première partie	16
2 Une exploration conduite dans un centre hospitalier pour appréhender l'amélioration de la QVT des cadres de santé	17
2.1 Une méthode pour explorer le terrain d'enquête	17
2.1.1 De la démarche d'investigation au choix de l'établissement et des personnes interviewées.....	17
2.1.2 La méthode de recueil de données	19
2.1.3 La grille d'analyse	19
2.1.4 Les limites et les points forts de l'étude.....	19
2.2 Une gouvernance fragilisée dans sa composition et sa permanence	20
2.3 Le cadrage de la politique de l'établissement à l'aune du projet de territoire	20
2.3.1 Un Projet d'établissement non actualisé mais une dynamique de projet médical structurée.....	21
2.3.2 Un Projet de territoire inspirant pour guider l'établissement	22

2.4	Une rencontre avec les acteurs	23
2.4.1	Un contexte hospitalier dans la tourmente.....	23
2.4.2	Les principes et valeurs à l'œuvre dans le management	24
2.4.3	La QVT, comme clé au bénéfice de la qualité de soins	28
2.4.4	La performance, un enjeu soumis à la QVT et à la qualité des soins.....	29
2.4.5	L'encadrement dans le tourbillon des transformations	32
2.4.6	La QVT des cadres à l'aune de la QVT des professionnels.....	34
2.4.7	De la conception de la performance des cadres à la performance organisationnelle	37
2.4.8	Principes clés mis en évidence.....	39
2.5	La confrontation de l'analyse aux sous questions de départ	41
2.5.1	Discussion.....	41
3	Promouvoir la QVT en établissement de santé, un levier pour le directeur des soins	44
3.1	Participer à l'inscription de la QVT dans les orientations stratégiques	45
3.1.1	Développer les collaborations pour mettre en œuvre une politique en faveur de la QVT au sein de l'établissement	46
3.1.2	Instituer un projet de management transversal et décloisonné participant à la QVT de l'encadrement.....	47
3.1.3	Le projet de soin, un levier au service de la QVT.....	48
3.2	Développer le management par la QVT des cadres pour une performance organisationnelle	48
3.2.1	Le rôle du DS dans l'appropriation de la démarche QVT par les CDS	49
3.2.2	Promouvoir un management par le sens et la reconnaissance.....	51
3.3	Définir une communication stratégique	52
3.3.1	Enjeux managériaux de la communication	52
3.3.2	La communication managériale comme levier de performance pour le DS..	52
3.3.3	Inscrire la communication des managers dans les processus RH et animer la communauté managériale	53
	Conclusion	54
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'amélioration des Conditions de Travail
ANI	Agence Nationale Interprofessionnelle
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Cadre de Santé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CP	Cadre de Pôle
CLACT	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CODIR	Comité de Direction
DG	Directeur Général
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GRH	Gestion de Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignantes
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPR	Médecine Physique et de Rééducation
OS	Organisations syndicales
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PMP	Projet Médical Partagé
PNM	Personnel Non Médical
PM	Personnel Médical
PSP	Projet de Soin Partagé
QVT	Qualité de vie au Travail
RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psycho Sociaux
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgente
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers et Aides-soignants à Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les évolutions des pratiques médicales ou des techniques de prise en charge des patients conduisent l'hôpital à modifier en permanence ses organisations. Les pouvoirs publics doivent prendre en compte le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui pèsent sur les équilibres économiques. De plus, « *L'évolution légitime des patients concernant la qualité de leur prise en charge ainsi que les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les hôpitaux nécessitent une adaptation continue des organisations*¹ ». Ainsi, les établissements de santé subissent des transformations majeures et sont soumis à une double exigence avec des injonctions externes pour transformer leurs organisations et des arbitrages internes pour améliorer la performance globale de leurs organisations.

Positionnée comme adjoint au directeur des soins dans un centre hospitalier, nous assurions la gestion de ressources humaines par le management de l'équipe de suppléance infirmiers et aides-soignants, en collaboration avec les cadres de pôles et les cadres de proximité. Cette équipe compensait l'absentéisme de courte durée dans les services de soins. A partir de cette activité, une grande majorité des cadres se plaignait de la gestion des plannings, et la vivait comme chronophage au détriment du temps qu'ils auraient aimé consacrer à d'autres missions comme la gestion de projet, la démarche qualité ou l'accompagnement des équipes. Ces constats d'insatisfaction sont aussi constatés lors des entretiens exploratoires réalisés auprès des équipes soignantes et les cadres, lors du premier stage pendant la formation à l'EHESP. Pour les premiers, c'était lié aux nombreuses sollicitations par leur manager et au contenu du travail qui augmente, et pour les seconds à la gestion des effectifs souvent à flux tendu, au manque de reconnaissance, générant une diminution de l'accomplissement personnel. Les contraintes, les ressentis, font souvent apparaître des tensions au sein des organisations entre cadres et équipes soignantes, entre cadres et direction et sont en lien avec ceux décrits par Ivan SAINSAULIEU², concernant le « *Malaise des soignants à l'hôpital* ». Il pointe le manque de reconnaissance et de considération institutionnelle, la dégradation des valeurs humaines, l'appauvrissement de la coopération collective, la recherche de la performance au détriment du facteur humain.

Les transformations organisationnelles ont modifié, voire altéré, les conditions dans lesquelles les soins sont prodigués. **Ainsi, comment rendre compatible les impératifs de gestion et la qualité de vie au travail des soignants au bénéfice de la prise en**

¹ LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., et Al, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses EHESP, 2018, 543 p.

² SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Edition L'Harmattan, Octobre 2015, 238 p.

charge des patients ? L'organisation des établissements de santé implique l'action collective autour du patient. Cette coopération essentielle à la qualité des soins n'est pas l'unique préoccupation des professionnels. Lors des différentes expériences professionnelles, les soignants et des cadres de santé relatent, que la préoccupation centrale des soignants est incontestablement le planning. Sa construction est décrite par Paule BOURRET³ comme « *chronophage pour les cadres* », et doit s'articuler entre contraintes organisationnelles et conciliation au mieux de la vie privée avec le temps de travail, cela implique pour l'encadrement une connaissance « *humaine* » des professionnels et invite à une nécessaire « *gymnastique organisationnelle* ». D'un point de vue économique, la GRH est associée à un poste de coûts important justifiant que « *la gouvernance accorde plus d'importance au contrôle et à la réduction des charges qu'à la valorisation du capital humain* »⁴. Ainsi, il convient d'interroger le rôle des managers et des directions, qui face aux contraintes médico-économiques, semblent avoir des marges de manœuvres réduites pour « *prendre soin* » des équipes.

La HAS décrit la QVT comme une condition sine qua non à la qualité des soins : « *la qualité de vie des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins et la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent et ressentent une bonne qualité de vie au travail* »⁵. Toujours selon la HAS, il s'agit à travers la QVT, de regrouper des actions conciliant amélioration des conditions de travail et performance. Des études, comme celles menées par Emmanuel ABORD DE CHATILLON, confirment que « *la qualité de vie au travail produit de la performance* »⁶. Son fonctionnement repose sur « *l'engagement des agents, la fluidité, la qualité de services et l'optimisation des deniers publics* »⁷. La recherche de la performance organisationnelle autour des réorganisations est donc un enjeu institutionnel incontournable et s'appuie sur le management. De manière concourante, les travaux du Professeur Philippe COLOMBAT⁸, chercheur en psychologie du travail et des organisations, ont mis en évidence l'importance du management sur le bien-être des soignants et plus particulièrement l'impact positif du management participatif, créant un lien entre qualité de vie au travail et qualité de la prise en charge⁹. Or le management à l'hôpital se base sur un modèle plus large, incluant l'équipe dirigeante dans laquelle s'inscrit le directeur des soins. Les enjeux d'efficacité managériale sont d'autant plus déterminants que l'exigence de la performance continue de croître, Il s'agit d'agir sur la qualité des soins, sur l'aspect économique, et sur la gestion des ressources humaines¹⁰.

³ BOURRET P., *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris, Éditions Séli Arslan; 2006, 392 pages

⁴ BENOIT C., *Manager un établissement de santé*, Edition GERESO, 2019, 222 p

⁵ HAS, Revue de littérature, *Qualité de vie au travail et qualité des soins*, Janvier 2016

⁶ ABORD DE CHATILLON E., Professeur des Universités - Chaire Management et Santé au Travail - IAE Grenoble <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/80788/la-qualite-de-vie-au-travail-produit-de-la-performance.html>

⁷ BACHELARD O., *Le bien-être au travail, pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP, Rennes,

⁸ COLOMBAT P, ATMEYER A, et Al. *Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie*. *Psycho Oncol* 2011; p.83-91

⁹ https://www.ehpadia.fr/Observatoire-de-la-qualite-de-vie-au-travail-bilan-de-l-an-1_a367.html (Consulté le 10 avril 2020)

¹⁰ Revue Soins cadres, Supplément au N° 105, *Manager au quotidien : réorganisations, réussir le changement*

Face à cette transformation du système de santé, le directeur des soins est amené à tenir un rôle toujours plus stratégique, tourné vers le territoire, notamment dans le contexte des GHT. Mais il a également un rôle opérationnel tourné vers ses missions de coordination organisationnelle et notamment en gestion des ressources humaines. Cette gestion s'attache à assurer la ligne de production de soins, en créant un environnement de travail favorable¹¹. Le directeur des soins, garant de la qualité et de la sécurité des soins, est responsable de la structuration et des missions de la direction des soins, des professionnels paramédicaux, et du management de l'encadrement partagé et institutionnalisé. A ce titre, il a un rôle dans l'évaluation de leurs conditions de travail.

Les cadres de santé et leur management sont eux aussi au cœur de cette problématique. En effet, Paule BOURRET décrit les cadres de santé comme pouvant servir « *d'exutoire, les agents n'ayant pas d'autres intermédiaires pour faire part de leurs insatisfactions à la Direction*¹². » Comme l'explique Marc LOIROL¹³ et Paule BOURRET¹⁴, « *les soignants attendent de leurs cadres de santé de la disponibilité* » et considèrent que la mise en discussion du travail réel et des difficultés, des soignants et des encadrants, permet les ajustements nécessaires et une amélioration de la qualité de travail. Le management de proximité, interface entre le travail tel qu'il est pensé et le travail tel qu'il est réalisé par les soignants, joue un rôle dans la « *régulation* ». Des préconisations vont dans le sens de réviser le management à l'hôpital. Tout d'abord, Edouard COUTY, dans son rapport¹⁵ concernant le management, évoque la nécessité de « *réaffirmer les principes du management et les valeurs éthiques du management, de restaurer des espaces de dialogue, d'information et de concertation, de reconnaître et de réaffirmer le rôle des cadres aux côtés des responsables, directeurs et praticiens hospitaliers*¹⁶. » Le management serait un facteur essentiel de « *retour de confiance, un moyen de respecter et de reconnaître les professionnels, de les motiver et de rétablir la confiance dans l'institution*¹⁷ ». Enfin, selon la HAS et l'ANACT, la démarche s'appuie sur une meilleure organisation, sur la qualité du dialogue social et sur la conception que la réussite collective et l'épanouissement individuel renforcent la qualité¹⁸, et donc la performance. Il est alors intéressant de s'interroger sur le rôle du Directeur des soins, membre de l'équipe de direction, et sur celui du binôme DS/DRH présumés faciliter et instaurer un soutien des cadres de santé, placés en première

¹¹ LOUAZEL M., MOURRIER M. ET AL., *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Presse EHESP, 2018, p 308

¹² BOURRET P., *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris: Éditions Séli Arslan; 2006, p174

¹³ LORIOU M, BOUSSARD V, CAROLY S., *Constructions du stress, psychologisation du social et rapport au public. Projet de recherche pour l'initiative recherche "Travail dans la fonction publique"*. Université de Paris 1; 2004

¹⁴ BOURRET P., *op. cit.* (note12).

¹⁵ COUTY E., *Le pacte de confiance pour l'hôpital, rapport final de synthèse*, 2013

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, *Le pacte confiance pour l'hôpital, Rapport de synthèse des travaux présenté par COUTY E.*, Mars 2013

¹⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

ligne par rapport aux tensions. De plus, quelle serait la posture managériale pour le cadre de santé face aux soignants pour réduire la régulation de contrôle et favoriser la régulation autonome ? Par quel mode de management peut-il s'opérationnaliser et quels seraient les leviers du DS, pour que les cadres conçoivent leur rôle ? Il convient de se questionner sur la déclinaison du pilotage et de la régulation qui crée le contexte de la performance à l'échelon de l'établissement.

Nous proposons alors de résumer la problématique qui nous animera tout au long de ce travail par cette question principale :

Dans un contexte de contraintes budgétaires, en quoi le management du DS par la qualité de vie au travail, influe sur la performance des cadres de santé ?

Face aux contraintes de changements imposés, notre idée est d'aborder le management du Directeur des soins au service de la performance des cadres de santé, au sein de leurs organisations. La question principale nous amène à nous poser les sous questions suivantes :

- 1- En quoi le DS, membre de l'équipe de direction, contribue à l'élaboration d'une politique QVT au sein de l'institution ?
- 2- En quoi le management du DS influe sur le management des cadres de santé vis-à-vis de leurs équipes ?
- 3- En quoi la conception managériale du cadre influe sur sa gestion des ressources humaines ?
- 4- En quoi la représentation de la performance du cadre influe sur le management de son équipe ?

Dans un premier temps nous apporterons un éclairage théorique en nous appuyant sur les concepts de Qualité de vie au travail, de performance et de management, et de leurs interactions entre eux. Puis dans un second temps, nous rendrons compte d'une étude menée dans un centre hospitalier qui a mis en évidence le rôle du directeur des soins dans la définition des stratégies d'établissement, son rôle managérial et l'enjeu de la gestion des ressources humaines dans un objectif de performance. Pour finir, nous proposerons des préconisations d'action autour de trois axes, à savoir l'inscription de la qualité de vie au travail dans les orientations stratégiques de l'établissement, le développement du management par la QVT des cadres pour une performance organisationnelle et enfin la mise en œuvre d'une communication stratégique.

1 La qualité de vie au travail, déterminant de la performance hospitalière et du management

Avant d'effectuer l'enquête de terrain, nous développerons le concept de **qualité de vie au travail**, nécessaire à prendre en compte au quotidien dans les organisations de travail. Puis nous approfondirons la notion de **performance**, qui permettra de comprendre l'intérêt d'une articulation et d'une gestion entre ses déterminants dans le cadre des changements d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines. Enfin, nous aborderons la notion de **management** qui influe sur l'adhésion des membres d'un groupe à un but commun.

1.1 Vers une qualité de vie au travail : une clé pour la qualité des soins

Afin de bien comprendre les enjeux de la QVT aujourd'hui, nous verrons tout d'abord l'intérêt de l'évolution de la réglementation de ce concept. Puis nous développerons les avantages à impulser une démarche QVT à la fois pour la santé du personnel au travail, aux bénéfices de la qualité et la sécurité des soins et de l'efficience de l'établissement. Enfin nous envisagerons la mesure et la promotion de la QVT, condition de réussite des changements et des réorganisations et nous terminerons par l'importance de favoriser la QVT et l'épanouissement professionnel pour une performance collective de l'organisation.

1.1.1 La QVT, brève histoire d'un concept

On trouve les fondements du concept de qualité de vie au travail, dans les années 50, chez Eric Trist, du Tavistock Institute de Londres, dans le cadre de ses recherches mettant à jour les limites du taylorisme¹⁹. Ces travaux aboutissent à l'idée que l'efficacité au travail est liée à la qualité des relations au travail et que ce lien dépend d'abord de l'organisation du travail et des méthodes de production. L'accent est mis sur l'importance du collectif de travail, son autonomie, sa fonction de soutien aux individus aux plans psychologique et productif. Autrement dit, l'efficience prend sa source dans la capacité de l'entreprise à articuler convenablement les dimensions humaines, sociales et techniques du travail.

Le terme Qualité de vie au travail, dit QVT, est mentionné pour la première fois lors d'une conférence à New York en 1972 où un groupe de chercheurs est constitué pour en donner une définition qui associe l'intégrité physique, psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre vie au travail et vie hors travail (Louis E. Davis et Albert Cherns). À la même période, émerge l'intérêt pour la santé psychologique au travail avec les recherches sur les phénomènes de stress, puis de burn out (épuiement professionnel), et leurs causes organisationnelles.

¹⁹ Limites du Taylorisme : monotonie, déqualification, sentiment d'aliénation, impacts négatifs sur la productivité

Concernant l'approche française, il a longtemps été préféré l'expression « amélioration des conditions de travail » avec une connotation tournée vers les risques professionnels et la prévention, plutôt que « qualité de vie au travail », en témoigne en 1973 la création de l'Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Mais l'évolution de la conception du vécu subjectif au travail dans les organisations entraîne avec elle l'accroissement de l'usage de l'expression « QVT ». L'idée est de développer des modes d'organisation du travail innovants et capables de concilier efficacité et intérêt du travail, afin d'accroître la satisfaction du personnel et la performance des entreprises.

En 2010, le Rapport LACHMANN, LAROSE et PENICAUD²⁰ fait état du lien entre bien-être et efficacité au travail et propose dix mesures pour améliorer la santé psychologique au travail. Les auteurs considèrent qu'investir dans la santé au travail est d'abord une obligation sur le plan humain et un levier pour la performance.

Ce n'est que récemment que le terme QVT émerge dans des accords d'entreprises puis dans l'accord national interprofessionnel de juin 2013.

1.1.2 Quelques éléments de définitions à travers différentes visions

En France, le concept de la QVT a pour particularité de faire l'objet que depuis peu, d'une description normée et unifiée. Il cohabite avec d'autres concepts voisins comme le bien-être au travail, le mieux-être au travail, qui dans cette perspective définit la QVT comme des améliorations périphériques au travail. Il s'agit donc de ne pas se limiter à cet aspect et de définir les déterminants fondamentaux de la qualité de vie au travail, de son organisation et de sa transformation par les acteurs de terrain eux-mêmes.

Différents critères caractérisent la QVT selon l'angle d'approche et d'analyse choisi. En voici quelques visions²¹ :

➤ **L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)**, qui dans son numéro de mai/juin 2007 de « *Travail et changement* » donne six facteurs clés déterminants à propos de la QVT : les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique de travail, l'organisation du travail, la réalisation et le développement professionnel, et enfin, la conciliation entre vie professionnelles et vie privée. L'ANACT voit plusieurs raisons à l'essor récent de la QVT, notamment, la montée en puissance de la question des RPS et du stress au travail, les obligations de négociation pour une cohérence et une efficacité unique sur la QVT, les transformations dans la façon de concevoir et d'organiser le travail. Enfin, l'ANACT ajoute une dernière explication pour confirmer le lien entre QVT et performance des organisations. Elle publie le 7 février 2013 les résultats d'une étude Québécoise sur le rôle clé de l'innovation organisationnelle et sociale pour faire évoluer conjointement performance économique et sociale.

²⁰ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M, Rapport *Bien être et efficacité au travail*, Février 2010

²¹ Livre Blanc, *Tout savoir sur la Qualité de vie au travail*, 2^{ème} Edition, Avril 2014

➤ **Matthieu PAVAGEAU**²² présente en juin 2019, le programme de la 16ème Semaine pour la QVT et indique qu'elle portera sur les liens entre performance des organisations et conditions de travail. Selon lui, « *La QVT, c'est articuler les enjeux d'efficacité de l'organisation et de développement humain en s'intéressant aux questions du travail* ». De nombreuses démarches QVT semblent en effet conçues indépendamment des projets visant à améliorer la compétitivité et l'efficacité de l'entreprise. Selon lui, « *Si l'on cantonne les démarches QVT aux sujets sociaux ou sociétaux, si elles ne sont pas articulées avec les préoccupations économiques de l'entreprise, si la question de la QVT reste exclusivement l'affaire des RH et des préventeurs - mais pas celle des responsables de production, alors ces démarches n'exploitent que très partiellement leurs potentialités* ». Il interroge le « *comment on s'organise pour bien coopérer, comment on parle du travail pour en enrichir le contenu, comment on évalue l'efficacité de nos modes opératoires.* » Cette vision invite à faire du lien entre les différentes dimensions de la performance.

➤ **La vision portée par les professeurs MARTEL et DUPUIS**, les deux chercheurs québécois, ont proposé en 2004 la définition suivante : « *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*²³. » Cette définition intègre une dynamique dans la recherche de l'atteinte des attentes. L'écart entre la situation vécue par rapport aux attentes et la vitesse avec laquelle on peut s'en rapprocher ou s'en éloigner peuvent engendrer des sentiments de satisfaction ou de frustration ayant des impacts sur le ressenti du niveau de QVT.

La vision des partenaires sociaux : En juin 2012, la conférence avec les partenaires Sociaux a défini des points de convergence pour aboutir à l'accord National Interprofessionnel (ANI) signé le 19 juin 2013, intitulé « *Vers une politique d'amélioration de la Qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* ». L'ANI définit la QVT comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué*²⁴ ». Depuis l'ANI de juin 2013, les entreprises doivent s'intéresser aux origines et facteurs du stress et des divers risques psychosociaux au travail pour les traiter efficacement en conduisant une politique de prévention. Elles doivent agir en ce sens et trouver des

²² PAVAGEAU Matthieu, directeur scientifique et technique de l'ANACT en 2019

²³ <http://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail/> consulté le 10.04.2020

²⁴ La revue des conditions de travail, N°3, QVT, *Négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale*, Décembre 2015.167 pages

➤ solutions qui renforceront la QVT à travers la méthode inscrite dans le cadre de l'ANI et du plan Santé au Travail 2016-2020²⁵.

➤ **La vision selon la HAS**²⁶, indique que les actions suscitées par l'ANI, « *permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins et la santé des professionnels* ». La QVT s'articule autour des conditions de travail des salariés et de la performance²⁷. Selon la HAS²⁸, il existe deux niveaux d'actions. D'abord, le niveau micro où la QVT doit favoriser le rapprochement des équipes pour qu'ils soient entendus. L'importance du collectif et de l'équipe est ainsi, identifiée comme ressource pour les professionnels (soutien des pairs, le management, la qualité des relations). Puis le niveau macro, où l'enjeu d'introduire la QVT permet d'accompagner les transformations majeures du système de santé, pour faciliter au mieux l'adaptation aux évolutions.

➤ **La loi Rebsamen et l'obligation de négocier sur la QVT et l'égalité professionnelle**, qui depuis 2016, complète l'ANI. Ce bloc de négociation obligatoire comprend la protection sociale et complémentaire des salariés, l'égalité femmes-hommes, le handicap, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi, la pénibilité, le droit d'expression, la QVT et la conciliation des temps de vie.

A travers ces visions, nous distinguons deux niveaux de responsabilité dans la QVT : une responsabilité individuelle liée à la perception face aux conditions de travail en lien avec les sphères de la vie personnelle et une responsabilité collective, liée aux dimensions objectives telles que les conditions de travail, l'organisation du travail, les relations sociales, la préservation de la santé et de la sécurité des individus, les possibilités de réalisation et de développement professionnel, les conditions permettant la conciliation avec la vie personnelle. Ces deux niveaux sont en lien avec la qualité de vie dans un contexte de travail représenté par l'hôpital, pour le sujet qui nous anime. *L'articulation entre ces deux responsabilités est primordiale dans une démarche d'amélioration de la QVT*²⁹.

1.1.3 Délimitation des champs de la QVT et ses enjeux

L'ANI fournit une annexe à l'article 13, une liste d'éléments descriptifs³⁰ destinée à faciliter l'élaboration d'une démarche de QVT dans le cadre du dialogue social (Annexe 1). Les partenaires sociaux précisent que « *la performance de l'organisation se construit sur la QVT* ». Autrement dit, « *améliorer la QVT va participer à améliorer le bien-être des individus, et ce n'est pas en contradiction avec la performance économique; cela permet au contraire*

²⁵ Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, *Plan Santé au travail 2016-2020* (PST3)

²⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail, consulté le 10.04.20

²⁷ Ibid.

²⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf

²⁹ Livre Blanc, *Tout savoir sur la Qualité de vie au travail*, 2^{ème} Edition, Avril 2014, 42 pages

³⁰ <http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle> (Consulté le 10 avril 2020)

de l'assurer et la développer³¹». Ainsi, identifié par l'ANI, le réseau ANACT-ARACT a développé un outil spécifique, « la boussole QVT³² » organisé autour de six grands axes :

➤ **Les relations au travail et le climat social** : s'illustrent par la reconnaissance envers les salariés, des modes de management employés, la justice organisationnelle mais également le dialogue social et les relations avec les collègues.

➤ **Le contenu du travail** : examine le type et le contenu du poste, les modalités associées telles que l'autonomie, le degré de responsabilité, la variété des tâches, le sens donné aux missions, les moyens pour réaliser le travail, la clarté des consignes, la répartition de la charge de travail, la réalisation complète d'un projet, la qualité des soins et le travail en équipe.

➤ **La santé au travail** : concerne l'environnement et l'ergonomie du travail, les risques professionnels et leur prévention avec la diffusion du DUERP³³, la mise en œuvre du plan d'actions, l'aménagement des lieux et postes, la politique de télétravail, l'accompagnement du salarié après une absence de longue durée, la sécurité au travail.

➤ **L'égalité professionnelle** : traite de l'équilibre entre la vie familiale et professionnelle, l'égalité professionnelle, la non-discrimination et la diversité.

➤ **La performance et le management** : relève la participation, les critères qualité et la diffusion des procédures de travail, la connaissance de la stratégie et du projet de la structure, les espaces de parole sur le travail, la reconnaissance envers les collaborateurs, les informations sur les changements et le droit à l'erreur.

« Si la prévention des Risques Psychosociaux (RPS) vise à réduire la souffrance et le mal-être au travail, la QVT permet en effet miroir, de favoriser les bonnes conditions du travail, l'accomplissement professionnel et le bien-être personnel³⁴. Sur le plan économique, selon des statistiques, en 2017, le coût³⁵ du mal-être au travail avoisine les 12 600 euros par an et par salarié (dans le secteur privé) alors que plus de 50 % de ce coût pourrait être maîtrisé.

1.1.4 La démarche QVT

La QVT favorise des initiatives s'inscrivant dans le sens premier de la mission hospitalière : *soigner et prendre soin*. Les professionnels partagent une conviction forte : « *plus ils se sentiront reconnus, mieux chaque personne malade sera soignée et mieux elle sera accompagnée*³⁶ ». La démarche repose sur un triple postulat. Tout d'abord, un postulat de fond qui est celui qu'une meilleure organisation du travail est un des déterminants majeur d'amélioration de la qualité du travail accompli. Puis un postulat de méthode, à savoir que

³¹ Livre Blanc, *Tout savoir sur la Qualité de vie au travail*, 2^{ème} Edition, Avril 2014, 42 pages

³² HAS, ANACT-ARACT, *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins*, Septembre 2017, p2

³³ DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

³⁴ <https://poleqvt.fr/quest-ce-que-la-qvt/>, consulté le 10 mai 2020

³⁵ <https://www.novethic.fr/actualite/social/conditions-de-travail/isr-rse/le-chiffre-12-600-euros-le-cout-du-mal-etre-au-travail-par-salarie-et-par-an-144680.html> (Consulté le 15.04.2020)

³⁶ ANACT, *10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé*, 2015, 16 pages

la qualité du dialogue social induit le degré de réussite du changement dans toutes les actions conduites. Enfin un postulat de résultat, où la réussite collective et l'épanouissement de chacun sont en lien et se renforcent pour l'obtention de résultats positifs.

Dans le secteur public, l'amélioration de la QVT est donc une démarche regroupant les actions qui combinent qualité des conditions de vie et de travail des agents et qualité du service. Elle s'appuie fortement sur l'expression et la participation des agents. « *Il s'agit d'un processus social concerté, centré sur l'amélioration des conditions du travail à des fins de développement des personnes et des services*³⁷ ».

La QVT est donc associée à la notion de « démarche » c'est-à-dire « *un cadre pour l'action qui permet de déterminer de façon collective et partagée des objets particuliers de travail et de s'engager sur des thématiques particulières comme, par exemple, le management, le télétravail, la prévention des risques professionnels, la gestion de l'absentéisme, les actions favorisant le maintien dans l'emploi, la conduite d'un projet de réorganisation* ». ³⁸ La démarche QVT affiche une vision positive du travail, pensé comme objet de débat, créateur de valeurs, source de développement et d'épanouissement, là où l'approche des RPS renvoyait plutôt à une image négative du travail, facteur de risques et de mal être. L'objectif d'une démarche QVT est de « *penser le contenu du travail* » lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnels. Cette conception s'attache également aux perceptions des salariés, dans une logique qui se veut évolutive : « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* » (ANI, 2013). La démarche QVT vise trois finalités³⁹. Elle est conduite collectivement et est bénéfique sur trois niveaux : sur le plan individuel, pour les collaborateurs, sur le plan collectif et managérial, pour les équipes, et sur le plan organisationnel, pour l'institution. La QVT s'inscrit donc dans une démarche stratégique, organisationnelle et obligatoire de l'organisation publique. Pour l'ANACT, l'ambition se situe dans la recherche de qualité dans le management des établissements et principalement des équipes. Pour y parvenir de façon globale et durable, la QVT doit s'inscrire dans les engagements stratégiques de l'établissement et sa mise en œuvre dans les projets sociaux et organisationnels.

En 2015, grâce au financement et à l'implication de la DGOS, la HAS et le réseau ANACT-ARACT pilotent un vaste projet d'expérimentation dans les établissements, principalement de santé, mais également médico-sociaux. Il s'agit de mettre en œuvre, de façon opérationnelle, la démarche QVT et de développer les méthodes qui permettent d'atteindre les résultats escomptés.

³⁷ *Guide de la qualité de vie au travail, Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT*, Direction Générale de l'administration et de la fonction publique et ANACT, Edition 2019, 70 pages

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Finalités de la démarche QVT : 1/ reconnaître et soutenir la qualité de l'engagement dans le travail et l'établissement de santé, 2 / renforcer la cohérence des réponses aux enjeux sociaux et 3/ piloter autrement la performance

1.2 La performance des établissements publics de santé

1.2.1 Définition

Selon l'OMS, « *la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable*⁴⁰ ». La performance hospitalière est également définie comme « *la capacité à atteindre les objectifs constitutifs d'un projet hospitalier grâce à la maîtrise de l'organisation humaine de l'hôpital*⁴¹ ».

Tom PETERS et Robert WATERMAN, ont établi les caractéristiques des entreprises performantes : « *elles ont le parti pris de l'action, elles restent à l'écoute du client, elles favorisent l'autonomie et l'esprit novateur, elles assoient la productivité sur la motivation du personnel, elles se mobilisent autour d'une valeur clé, elles s'en tiennent à ce qu'elles savent faire, elles présentent une structure souple et légère, elles allient souplesse et rigueur*⁴² ». Pour l'hôpital, devenir « performant », nécessite la connaissance de l'environnement dans lequel il évolue, ce qui implique de répondre à certaines questions : Qui sont nos clients ? Quels sont leurs besoins ? Comment les attirer et les retenir ? Qui sont nos concurrents ? Sur quels marchés de soins nous situons-nous. ? En effet, la connaissance des besoins de la population reflète le marché de soins et les réponses à ces questions permettront à l'hôpital de poser ses objectifs et d'adapter la stratégie énoncée dans le projet d'établissement pour développer son attractivité. Les établissements de santé doivent répondre à une performance globale qui est, par nature, multidimensionnelle et remplir des objectifs d'efficience, d'équité, de sécurité, de satisfaction du patient, de disponibilité et d'accessibilité. « *De nombreux pays dont la France tentent de conceptualiser et de mesurer la performance hospitalière à des fins de réduction des coûts, de pilotage interne des établissements ou de régulation institutionnelle, de mise en concurrence des établissements de santé mais aussi d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers*⁴³ ».

1.2.2 Les tableaux de bord, un levier interne de la performance

La démarche pour le pilotage de la performance consiste, à travers sa stratégie de définir les grandes orientations et les objectifs. Le pilotage implique d'identifier des actions à mettre en œuvre, en anticipant les résultats de la performance de l'établissement, de suivre leur états d'avancement, de s'assurer que les objectifs posés soient atteints et de réajuster avec des mesures correctives si besoin. Dans le milieu de la santé, l'hôpital public se dote d'objectifs spécifiques et s'appuie sur des outils comme les tableaux de bord. Ce dernier

⁴⁰ Rapport sur la santé dans le monde, *Pour un système plus performant*, 2000

⁴¹ LETEURTRE H., MALEA P., *Performance et gouvernance hospitalière*, Editions Berger Levrault, 2005, 255 p.

⁴² PETERS T., WATERMAN R., *Le plus de l'excellence, le secret des meilleures entreprises*, Paris, Inter Editions, 1984, 359 p.

⁴³ Le POGAM M-A, LUANGSAY-CATELIN C., NOTEBAERT J-F, *La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent*, *Revue Management & Avenir* 2009/5 (n° 25), 134 p

est décrit comme un « ensemble d'indicateurs et d'informations essentiels permettant d'avoir une vue d'ensemble, de déceler des perturbations et de prendre des décisions d'orientation de la gestion pour atteindre les objectifs issus de la stratégie⁴⁴. » Piloter par la production d'indicateurs, repose sur le postulat que « la mesure permet de révéler une information qui fera agir les professionnels dans le sens voulu⁴⁵ ». Il convient de noter que le concept de performance s'apprécie en fonction d'une orientation et d'un but, et qu'un indicateur n'a de sens que s'il est exploitable. Mais il est avant tout un moyen de communication pour révéler une information (système d'information), d'action dynamique pour impacter une action (système de feedback), d'orientation de l'action (système de management de la performance), de contrôle de l'effectivité des décisions et mettre en place des systèmes incitatifs (système de reporting). Différents indicateurs sont pris en compte : des indicateurs d'activité, de moyens, de résultats, de sécurité, et de satisfaction du patient⁴⁶. Enfin, il y a les aspects réglementaires où de nombreux indicateurs « qualité » sont aujourd'hui exigés des établissements de santé comme la procédure de certification HAS, les indicateurs de la qualité des soins (IQSS), ou les indicateurs de la lutte contre les affections associées aux soins.

1.2.3 Le lien entre Qualité de vie au travail et performance

Dans les négociations, performance et QVT sont mis en synergie: « *La compétitivité des entreprises, qui se traduit dans le secteur de la santé par l'attractivité des ES, passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité de vie au travail⁴⁷.* » Cette orientation guide le choix des priorités «QVT» de l'établissement. La performance repose également sur la « *capacité des organisations à favoriser les choix collectifs sur les priorités et à réunir les conditions pour permettre une bonne qualité du travail⁴⁸.* La volonté des professionnels de bien remplir leur mission ne suffit pas pour répondre à la performance. Dans le rapport final « *Stratégie de transformation du système de santé, Plan Santé 2022* », un chapitre⁴⁹ est consacré aux conditions de transformation d'exercice de la communauté hospitalière. Un constat s'impose, celui d'une perte de sens globale de l'engagement professionnel à l'hôpital public. L'organisation du système hospitalier ne permettrait plus aux professionnels « *de faire ce qu'ils savent devoir faire pour bien soigner* ». Dans ce contexte, la notion de performance qui s'ordonne dans le milieu hospitalier à une connotation peut être inhabituelle dans un milieu où l'être humain est mis en avant. Les

⁴⁴ GUEDJ N., 2002, cité par BUISSON T., *Le tableau de bord : instrument de pilotage pour le directeur des soins*, Mémoire ENSP, p 12

⁴⁵ LOUAZEL M., MOURRIER M. ET AL, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Presse EHESP, 2018, 552 p.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ ANACT, *10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé*, 2015, 16 pages

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ ROUSSEAU, A, D'AUTUME C., *Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : transformer les conditions d'exercice dans communauté hospitalière*, Plan SANTE 2022, p 62

enjeux des ressources humaines exigent « *un lien direct entre la qualité de vie au travail, la satisfaction professionnelle et la performance dans sa pratique professionnelle. Parler de soins, c'est dire que le soin apporté aux soignants est directement un soin apporté aux patients*⁵⁰ ». Chantal de SINGLY, résume l'enjeu de soigner toute organisation dans un environnement contraint : « *l'hôpital étant une institution, qui a cette particularité que l'humain y travaille l'humain, la question du sens pour cette humanité agie et agissante est posée en permanence*⁵¹ ». Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail au CNAM⁵² s'est entretenu avec la HAS sur le lien entre QVT et qualité du travail. De son point de vue, ces deux aspects ne sont pas suffisamment associés dans les esprits. La dissociation de ces deux notions revient à scinder santé et performance. En effet, il considère que la performance est vue comme l'efficacité individuelle, alors que la performance, versus économique, est un sujet qui relève des directions. Elle ne se négocie pas ou tout au plus, à la marge. La santé, elle se négocie, en particulier au sein des CHSCT. Il s'agit alors de « *négocier* » sur les RPS, le stress au travail, les conditions de travail, mais pas sur la performance. Pour reprendre les propos d'Yves Clot, « *il s'agit non seulement d'atteindre les objectifs qui sont fixés par d'autres, mais aussi que ces objectifs puissent être discutés, compris, appropriés, remis en cause au cours de l'avancement ; qu'ils puissent donner naissance à d'autres objectifs. C'est aussi l'autonomie qui est donnée pour atteindre les objectifs et le pouvoir donné à la créativité individuelle et collective*⁵³ ».

1.3 Le management à l'hôpital

1.3.1 De quoi s'agit-il ?

L'usage actuel en français du terme « management » provient pour beaucoup d'un emprunt direct au terme anglo-saxon « management ». Il est « *la mise en œuvre des moyens humains et matériels d'une entreprise pour atteindre ses objectifs. Il correspond à l'idée de gestion et de pilotage appliquée à une entreprise ou une unité de celle-ci*⁵⁴ ». Le management consiste à fixer des objectifs stratégiques et opérationnels, à choisir les moyens de les atteindre, à rechercher les moyens d'efficience, à contrôler la mise en œuvre et les résultats obtenus et à assurer une régulation à partir de ce contrôle. Le concept de management est un concept bidimensionnel avec une dimension technique axée sur l'optimisation et le pilotage des ressources humaines, financières, et matérielles. Idéalement, le management s'appuie sur la stratégie, « *à savoir l'ensemble des décisions et des actions concernant le choix de ressources et leur articulation en vue d'atteindre un*

⁵⁰ ROUSSEAU, A, D'AUTUME C., *Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : transformer les conditions d'exercice dans communauté hospitalière*, Plan SANTE 2022, p 87

⁵¹ SINGLY C., *Le « soin juste » sous contrainte économique à l'hôpital*, in HIRSCH, E. *Ethique médecine et société*, Paris, Editions VUIBERT 2007, p 314

⁵² CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

⁵³ Livre Blanc, *Tout savoir sur la Qualité de vie au travail*, 2^{ème} Edition, Avril 2014

⁵⁴ BRESSY G., et KONKUYT C., *Management et économie des entreprises*, Paris, Dalloz, 12^{ème} Edition, 2018, p 100 à 128

*objectif*⁵⁵». Le management, c'est-à-dire l'organisation, le processus de planification, les systèmes de contrôle et le mode de direction exerce une grande influence sur le choix d'orientations et de stratégies adoptées « *Si la stratégie influence le mode de management, le management conditionne également cette dernière*⁵⁶».

Selon D. AUTISSIER et AL, un manager est « *responsable de l'organisation et du contrôle de l'activité, de l'animation de ses équipes, de l'identification des relais et de la mise en œuvre des changements, de la prise de décisions, de la délégation des tâches ainsi que du pilotage de la performance*⁵⁷ » Le manager coordonne les actions individuelles dans un contexte de production contraint et finalisé⁵⁸, ce qui prend une dimension spécifique à l'hôpital du fait de la multiplicité des responsables⁵⁹, impliquant dès lors la coordination de l'ensemble de ces acteurs.

1.3.2 Le management et les cadres de santé à l'hôpital

Face à l'évolution à marche forcée ces dernières années, beaucoup de changements s'opèrent à l'hôpital pour rester en phase avec les réformes en vigueur. Dans l'organisation hospitalière, les cadres de santé ont une place fondamentale pour répondre aux enjeux des établissements de santé. Parmi les fonctions de cadres décrites par le CEFIEC⁶⁰, il en existe deux importantes et qui placent le cadre de santé en position de conduire le changement de façon efficiente et efficace :

➤ **La fonction management** : qui se décrit comme « *une démarche rationnelle de coordination de toutes les ressources de l'entreprise*⁶¹ ». Le « *management* », action de diriger, de conduire, d'entraîner, s'emploie en parlant d'un ensemble de personnes chargées de la gestion et de la direction d'une institution. P. DRUCKER précise à ce sujet qu'au « *cours de ces quinze dernières années, le management a été principalement responsable de la production et de la productivité. Il doit désormais être responsable des hommes qui produisent de la valeur. Une discipline sociale comme le management traite du comportement d'êtres humains et d'institutions humaines, il est donc sujet à des changements continus*⁶² ». Au niveau de l'unité de soin à l'hôpital, la fonction de manager de proximité, au sens de « *proche des équipes de soins* », est assurée par le cadre de santé. Josette HART et Sylvie LUCAS les comparent à un « *maillon de mise en œuvre des projets institutionnels puisque c'est à leur niveau que l'opérationnalité s'exerce, que les évaluations*

⁵⁵ <https://www.cairn.info/le-management--9782130532361-page-7.htm>, consulté le 10 août 2020

⁵⁶ DAVID J. Hall et Maurice Saias, *Les contraintes structurelles du processus stratégique*, *Revue Française de Gestion*, 23, 1979, et Georges Mussche, *La relation entre stratégie et structures dans l'entreprise*, *Revue économique*, 1, 1974.

⁵⁷ AUTISSIER D., MOUTOT JM, JOHNSON K, *L'innovation managériale*, Edition Eyrolles, 2018, 223 pages

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ La multiplicité des responsables à l'hôpital implique : cadres de santé, cadre de pôle, chefs de pôles, cadres administratifs, directeurs

⁶⁰ CEFIEC : Comité d'entente des fonctions infirmières et cadres de santé, Référentiel d'activité des cadres de santé 2006/2007

⁶¹ RAYNAL F., RIEUNIER A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, apprentissages, formation, psychologie cognitive*, EST Editeur, 6^e édition, 2007, p 216

⁶² DRUCKER P., *L'avenir du management*, Editions LAMARRE, Paris, 2005, p16

des projets s'opèrent⁶³ ». En effet, les fonctions « prévoir », « décider » en collaboration avec la hiérarchie, « motiver » et « évaluer », doivent s'articuler finement et stratégiquement lors des changements au sein de l'organisation.

En 2010, l'ANACT indique que *« le management a perdu de vue son rôle de soutien et de régulation et s'est éloigné de la mission fondatrice de sa fonction : comprendre et soutenir ses équipes, faciliter les coopérations entre individus⁶⁴ »*. Le rapport TOUPILLIER et TAHIEL de 2011⁶⁵ sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les EPS, met en exergue la nécessaire évolution de l'encadrement *« Véritables pivots des organisations administratives, soignantes, socio-éducatives, techniques et ouvrières, les CSS et cadres de proximité sont au centre de tous les enjeux et maîtres d'œuvre associés au changement. »* La performance quotidienne dépendrait des cadres pour donner à chaque agent l'envie de se *« sentir utile, solidaire et donner le meilleur de lui-même. Dans cet univers en profonde transformation, il faut les resituer dans le paysage institutionnel et dans la dimension ressources humaines qui est au cœur de leur action. Ainsi, il paraît légitime de fixer de nouvelles règles du jeu et de leur donner les moyens d'agir avec efficacité et dans la confiance⁶⁶»*.

➤ **La fonction évaluation** : elle constitue le point de départ de tout changement. Celui-ci résulte de la réaction à un constat d'écart entre nos intentions et le résultat de nos actions. Dans sa fonction d'évaluation, le cadre de santé doit *« initier et favoriser le développement de l'évaluation de la qualité des prestations, mettre en place les conditions favorables à l'autoévaluation, favoriser une réflexion sur les pratiques, utiliser les indicateurs disponibles pour travailler avec les équipes, s'appuyer dessus pour améliorer l'existant⁶⁷ »*.

1.3.3 Le management du Directeur des soins : acteur politique, stratège et manager

La question du management des cadres de santé est un élément central pour le directeur des soins. Elle implique une réflexion stratégique dans la mise en œuvre de la politique managériale. C'est à partir du référentiel de compétences⁶⁸ du directeur des soins que sont mises en évidence les compétences requises à la compréhension de notre thématique, tant d'un point de vue stratégique qu'opérationnel. Il est important de souligner que chaque directeur des soins, face à une même situation professionnelle ne prendra pas en compte les mêmes données, ni ne réalisera les mêmes choix stratégiques concernant l'organisation de son action. Le référentiel métier du DS et le Décret du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de DS de la fonction publique hospitalière⁶⁹ décline les

⁶³ HART J., LUCAS .S, *Management hospitalier stratégies nouvelle des cadres*, Edition LAMARRE, Paris, 2020, 180 p.

⁶⁴ DESSERPIT G, *Cadre de santé en 17 notions*, Ed DUNOD, 2016, 240 p.

⁶⁵ TOUPILLIER, D., YAHIEL M. (2011). *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité, Centre National de Gestion, 61 p

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Comité d'entente des fonctions infirmières et cadres de santé (CEFIEC), Référentiel d'activité des cadres de santé 2006/2007

⁶⁸ DGOS, *Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en instituts de formation*, Mars 2010

⁶⁹ Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière

missions à un niveau stratégique, de coordination et opérationnel. La traduction pour atteindre l'objectif de performance est liée à la capacité du DS à participer à une définition de la politique d'établissement qui préserve la qualité des soins et la QVT des professionnels. Mais également sur sa capacité à conduire les projets, à les opérationnaliser, à piloter et accompagner le changement. A partir de ses compétences, le DS crée des repères collectifs qui mobilisent l'ensemble des acteurs et donnent sens à leurs activités dans les projets internes au service de l'utilisateur. Il permet la co-construction d'une cohésion de l'ensemble de l'encadrement en suscitant une dynamique d'engagement des équipes dans leurs missions. Il pilote les systèmes d'évaluation et fédère les différents acteurs autour des choix stratégiques et des orientations institutionnelles décidées.

Le directeur des soins est responsable de la conception du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins. A ce titre il anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats. Pour N Alter⁷⁰ « *l'efficacité d'une organisation est liée à sa capacité à organiser le travail, à la mise en place des modalités de coopération et d'évaluation* ». Le rôle du DS est donc d'envisager le futur sur des principes d'actions alors que les modalités de réalisation seront certainement amenées à changer. Il ajuste sa stratégie managériale pour permettre la performance de l'encadrement.

1.4 Synthèse de la première partie

L'étude des concepts de qualité de vie au travail, de performance et de management nous permet de comprendre et de mesurer toute l'importance de la notion du « *prendre soin du travail et de ceux qui nous soignent* », qui dans un contexte contraint permet la performance à l'hôpital. La performance demande l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie claire, partagée, définie et impulsée par différents acteurs. Cette stratégie donne sens aux actions et engage les acteurs dans une vision positive du travail. Malgré le souci constant des professionnels pour prendre soin des patients dans un contexte d'insuffisance de moyens matériels et humains, de lourdeurs administratives, d'un manque d'attractivité de l'hôpital public, la performance demande à l'encadrement de développer et d'adapter leur management. Le manager doit être capable de mobiliser les équipes pour les fédérer autour des différents projets organisationnels, d'être visionnaire, innovant, créatif, d'avoir des compétences en terme de savoirs et de savoir-être, d'écoute, d'user de communication et d'accompagner les équipes. Afin d'atteindre la performance, les qualités des leaders sont donc essentielles pour une transformation réussie. La réflexivité à partir des expériences de terrain permettra d'améliorer la compréhension, la posture et de contribuer à l'accompagnement dans la mise en œuvre de projets organisationnels en tenant compte

⁷⁰ Alter, N., *Donner et prendre, la coopération en entreprise*. La découverte/poche, 2010, 231 p.

des déterminants de la performance. Celle-ci peut ainsi se définir par la combinaison de plusieurs éléments : la qualité des soins et la satisfaction de l'utilisateur, l'apprentissage organisationnel et les compétences des ressources humaines, ainsi que le respect des objectifs financiers.

Ainsi, nous constatons l'interdépendance entre chaque concept développé supra. C'est pourquoi, au regard de notre future fonction de directeur des soins, des expériences vécues, des liens confirmés entre les concepts pour atteindre une performance globale induite par une qualité de vie au travail, une qualité et sécurité des soins et une efficacité, nous cherchons à comprendre en quoi le management du directeur des soins par la QVT influe sur la performance des cadres de santé.

2 Une exploration conduite dans un centre hospitalier pour appréhender l'amélioration de la QVT des cadres de santé

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, participe à la gouvernance. Il est responsable de la structuration et de l'organisation de la Direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux. Il est compétent pour le management des équipes d'encadrement partagé et institutionnalisé

C'est en tant que futur Directeur des Soins que notre réflexion s'est portée sur la compréhension des enjeux multifactoriels du système actuel, afin d'aboutir à la démarche à suivre et les actions à mener pour accompagner la mise en œuvre de stratégies managériales au sein de l'encadrement. Nous souhaitons, dans ce mémoire professionnel, cibler les cadres de santé. En effet, par leurs missions de proximité, ils sont au plus près de l'opérationnalité lors de restructurations.

2.1 Une méthode pour explorer le terrain d'enquête

Dans cette partie, nous exposerons notre travail de compréhension, à travers une enquête effectuée dans un centre hospitalier du sud-ouest de la France, afin de réaliser une analyse en lien avec l'éclairage théorique. Nous aborderons le cadre de l'enquête, puis les résultats obtenus afin de comprendre et de répondre à la problématique ainsi qu'aux sous questions énoncées, dans le but d'élaborer des axes de préconisations pour le directeur des soins.

2.1.1 De la démarche d'investigation au choix de l'établissement et des personnes interviewées

Les entretiens sont un préalable à l'exploration de ce travail. L'objectif est de recueillir les propos des professionnels de santé afin de percevoir leurs vécus face aux changements dans le cadre de projets de réorganisations. Les entretiens sont une étape essentielle car ils permettent d'avoir des éléments de compréhension, de contexte, une autre vision, une posture réflexive pour répondre aux sous questions de notre problématique. *Les entretiens*

*ont pour but de reconstruire l'univers sur lequel on travaille*⁷¹. Les résultats des entretiens révèlent la logique de l'action et son principe de fonctionnement. L'attendu et la qualité des résultats dépendent du choix de la population interviewée, des conditions matérielles de l'entretien (environnement spatial et matériel, la date et l'heure), de l'attitude adoptée par l'intervieweur, mais aussi de la méthodologie mise en œuvre (support du guide d'entretien). L'enquête a été réalisée dans le centre hospitalier de rattachement de l'Institut de formation, où nous avons réalisé un stage de six semaines. Cela nous a facilité l'accès aux documents et aux personnes interviewées ainsi que l'observation de certains éléments.

Le centre hospitalier est composé de sept sites, et garantit un accueil 24h/24 tous les jours. Il dispose de 626 lits et places, et dispense des soins en hospitalisation complète, hospitalisation de semaine ou en hospitalisation de jour.

Implanté dans le département depuis 1971, il est le pôle de référence sur le territoire. Il dessert un bassin de population de 40.000 habitants et un territoire de proximité de 80.000 habitants. Il se décompose de la façon suivante : 245 lits et places MCO, 63 lits et places de SSR/MPR, 61 lits et places de psychiatrie, 35 places d'HAD, 27 places de SSIAD, 53 lits d'USLD et 142 lits et places d'EHPAD. Il gère aussi deux unités sanitaires en milieu pénitencier (USMP), le Service d'Appel Médical d'Urgences (SAMU), quatre équipes mobiles (EMSP, EMG, HEMIPASS et EMEPPA), un IFSI et un IFAS. Composé d'un plateau technique, l'organisation du centre hospitalier s'articule autour de six pôles d'activités cliniques. Depuis le 1er juillet 2016, le CH est membre d'un groupement hospitalier de territoire M composé de 17 autres établissements publics de santé dont deux centres hospitaliers psychiatriques, avec un CHU en qualité d'établissement support. Concernant les effectifs⁷², ils sont constitués de 99 ETP de professionnels médicaux, 1100 ETP de professionnels non médicaux, d'un CGS, quatre cadres de pôles et vingt-trois cadres de santé, dont 8 « faisant fonction de cadre ».

Lors de l'étude conceptuelle, il est apparu que la QVT et la performance sont des enjeux stratégiques et institutionnels impliquant l'aspect « pilotage » par l'équipe de direction. Nous avons donc décidé d'interviewer le DG, le DRH, le CGS pour évoquer avec eux leur contribution à l'élaboration de la politique QVT au sein de l'institution. Il nous a également semblé pertinent d'interroger le PCME, vice-président du directoire, impliqué dans la gouvernance, qui « *est chargé conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* »⁷³. Concernant la conception du management et de la performance, nous avons interrogé des cadres soignants de pôle et de proximité. Il s'agissait de recueillir leurs propos au sujet de leur management et celui

⁷¹ CAMPEON A., DAUBAS-LETURNEUX V., et AL, *Méthode de recueil de données en DHS, quelques principes de base*, Cours EHESP Diaporama Ateliers Mémoire EDS

⁷² Données extraites du Projet Médical 2017-2021 du CH

⁷³ Décret du 11 mars 2016 pris pour l'application de la loi du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé, « Fonction du PCME »

du directeur des soins, ainsi que la politique institutionnelle mise en œuvre permettant de comprendre les influences possibles sur le management des cadres de santé vis-à-vis de leurs équipes. Enfin, concernant la mise en œuvre de la politique QVT, nous avons choisi de recueillir également l'avis du CHCST de l'établissement, par l'intermédiaire de son secrétaire, membre des représentants du personnel et acteur dans l'amélioration des conditions de travail des professionnels et de l'identification des RPS.

2.1.2 La méthode de recueil de données

Pour comprendre les mécanismes, les représentations, la logique d'une action, un guide d'entretien est élaboré pour réaliser une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs (Annexe 2). Ce sont des questions ouvertes qui s'adaptent au déroulement de la discussion et qui visent à faire verbaliser, à recueillir les ressentis, les représentations des différents interviewés. Le guide d'entretien est adapté au groupe d'interviewés, d'abord celui des dirigeants avec le PCME, puis celui des cadres. Pour compléter, la démarche méthodologique, d'autres outils sont mobilisés pour une approche qualitative. Nous réalisons une lecture et une analyse documentaire des éléments existants, à savoir le Projet Médico-soignant du GHT, le projet Médical 2017-2021, et le programme 2020 de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Le projet d'établissement et le projet de soins n'ont pu être consultés car sont l'objet d'une réactualisation programmée.

2.1.3 La grille d'analyse

Le guide d'entretien est réalisé en regard de la problématique et des sous questions posées. Lors de chaque entretien, un enregistrement suivi d'une retranscription intégrale est effectuée. Ainsi, les thèmes, les idées principales développées dans les retranscriptions sont classées et catégorisées afin de faciliter l'analyse qualitative des données (Annexe 3). Cela permet une confrontation des données au modèle conceptuel et une mise en perspective.

2.1.4 Les limites et les points forts de l'étude

Nos entretiens sont réalisés dans un seul établissement. La difficulté de l'enquête est de rester exhaustif, de se rappeler le contexte et l'ambiance lors de l'écoute des enregistrements. De même, savoir recentrer les questions sur le sujet en reformulant si nécessaire n'est pas toujours aisé. Cela permet de s'assurer de la compréhension et du sens donné aux réponses afin de permettre une progression constructive de l'entretien sans perdre le fil conducteur et son objectif. Les différents échanges effectués ont mis en évidence des points forts de l'enquête. De même, le choix de l'établissement enquêté n'a pas la prétention d'être représentatif de l'ensemble des établissements de santé. Il est fait en lien avec notre future prise de fonction, soit un centre hospitalier de taille moyenne où les résultats sont transférables, mais seront adaptés dans d'autres contextes.

La rencontre des différents acteurs à travers cette enquête a permis de partager et de confronter des « retours d'expériences ». L'accueil des professionnels, leur disponibilité, leur intérêt verbalisé pour le thème et la richesse de l'ensemble des discours sont des points forts de l'enquête. Ils permettent de recueillir des propos pertinents pour la compréhension, interroger les pratiques, collecter des données objectives et d'envisager des perspectives.

2.2 Une gouvernance fragilisée dans sa composition et sa permanence

A partir des entretiens, sont mis en évidence la contribution des différents acteurs de l'institution à l'élaboration d'une politique QVT, leur conception du management, de la QVT et de la performance. Nous avons également identifié les pratiques de management du DS, son mode de collaboration, tant au niveau de l'équipe de direction qu'auprès de l'équipe d'encadrement. L'analyse de l'ensemble des entretiens montre un contexte hospitalier sous tension tant au niveau de la gouvernance qu'au niveau de l'offre de soins, avec une équipe de direction en pleine mouvance, aux nombreuses restructurations, mais dans une dynamique territoriale malgré tout. Ces constats ont permis d'identifier les difficultés en lien avec la question du management de la performance, ainsi que les leviers de réussite.

Le directeur général en poste au moment de l'enquête assure l'intérim depuis janvier 2020. Rattaché au CHU du GHT, il est également directeur délégué d'un des établissements du GHT. Il est donc présent à temps partiel et assure la mission jusqu'à l'arrivée du prochain DG, prévue en fin d'année 2020. L'équipe de direction pilotée par le DG devrait être composée de cinq directeurs en charges des six directions fonctionnelles. Cependant, seul quatre directeurs adjoints sont en poste. En effet, le DRH a quitté l'établissement en mai 2020. C'est l'attaché d'administration en poste depuis mai 2019, qui assure la fonction de DRH par intérim. Un deuxième poste est vacant, celui de directeur des finances en attente de recrutement, l'intérim étant assuré par un autre directeur. Les directeurs adjoints et le directeur des soins sont également « référent de pôle ». La direction des soins est placée sous la responsabilité d'un coordonnateur général des soins (CGS), en poste depuis 2018. Cette composition fragilisée de l'équipe de direction ralentit l'engagement dans une démarche QVT au sein de l'établissement, puisque piloter une démarche QVT demande un engagement fort de la direction et comme l'indique l'ANACT, « *pour y parvenir de façon globale et durable, la QVT doit s'inscrire dans les engagements stratégiques de l'établissement et sa mise en œuvre dans les projets sociaux et organisationnels* ».

2.3 Le cadrage de la politique de l'établissement à l'aune du projet de territoire

A partir d'une étude des documents formalisés et en vigueur, nous pouvons situer le CH dans son contexte.

2.3.1 Un Projet d'établissement non actualisé mais une dynamique de projet médical structurée

Réglementairement, le projet d'établissement s'articule autour du projet médical, du projet de soins et du projet social. Il se traduit par la mise en œuvre de plans d'actions prioritaires, d'une démarche qualité et gestion des risques, et du plan directeur. Pour le centre hospitalier, la dernière version est celle de 2011-2015 et doit être réactualisée. Malgré l'absence d'un projet d'établissement depuis 5 ans, des actualisations de projets partiels existent (projet médical, projet médico soignant du GHT). Etablissement partie du GHT M, le CH s'inscrit dans le cadre des évolutions régionales. L'analyse des déterminants de santé du territoire permet de préparer l'adéquation du projet médical aux besoins de la population du territoire et s'inscrit dans le projet médical du CH. Le diagnostic stratégique permet la mise en exergue des différents points concernant les forces, opportunités, difficultés et menaces, et les points clés du projet médical 2017-2021. Le CH inscrit son projet médical dans une dynamique d'ancrage territorial et de développement de son activité. Dans un contexte financier tendu et de réorganisation de l'offre de soin du territoire, l'établissement entend asseoir son positionnement de proximité, développer de nouveaux modes de prises en charge, plus adaptés aux besoins et répondant à une logique d'efficacité. Ainsi, afin de répondre à l'objectif stratégique préalable qui est d'assurer la pérennité des équipes médicales, le PM décline cinq sous objectifs :

- Faire évoluer en interne l'offre de soins : centrés sur une pathologie ou une filière de prise en charge, les pôles ont pour objectif de rapprocher, si possible géographiquement, des activités complémentaires afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et faciliter le travail d'équipe autour de la prise en charge globale du patient.

- Améliorer la prise en charge des personnes fragiles/vulnérables : concerne l'ensemble des pôles d'activités du CH.

- Accentuer les partenariats au bénéfice d'un parcours coordonné du patient : pour répondre aux besoins de la population, l'objectif consiste à améliorer la coordination du parcours du patient avec les autres acteurs de santé, dans une logique de maillage territorial, de gradation des soins et d'efficacité.

- Promouvoir des projets d'activité innovants, fédérateur et facteur de motivation pour les équipes médico soignantes, et valoriser le savoir-faire et l'expertise des professionnels de santé de l'établissement.

- Soutenir les projets communs et transversaux.

Concernant l'historique des coopérations entre établissements du GHT M, la stratégie n'est pas liée à la seule démarche de constitution portée par la loi de modernisation de notre système de santé puisque elle était initiée lors de la constitution en 2011 d'une communauté hospitalière de territoire associant le CHU. Cette stratégie initiale portée par la loi HPST s'est vue confirmée en 2016, en invitant à poursuivre la logique de la CHT dans le cadre

d'un GHT. Les coopérations avec le CHU, établissement support, a permis de créer une dynamique médicale au sein de l'établissement, et d'actualiser le projet médical.

Néanmoins, les mobilités et les vacances de postes de directeurs n'ont pas permis d'impulser l'élaboration du nouveau Projet d'établissement, se privant ainsi du projet social en lien avec la QVT des professionnels. Le CGS s'appuie, quant à lui, sur le projet de soin partagé du GHT pour impulser et donner le sens des actions au sein du CH.

2.3.2 Un Projet de territoire inspirant pour guider l'établissement

Le projet médico-soignant partagé du GHT, formalisé, en date de juin 2017 décline dans son projet médical, les onze filières prioritaires retenues, le projet de soins de territoire, les activités organisées en commun, les fonctions mutualisées, les activités transversales, la recherche au sein du GHT et la gestion de la démographie médicale.

La stratégie territoriale de prise en charge est portée par un projet médical et un projet soignant cohérents et collaboratifs. Ils sont définis, élaborés et conduits par le collège médical et la CSIRMT de groupement. Cette dernière anime la réflexion soignante du territoire et propose le projet de soins partagé de territoire, porteur de valeurs professionnelles visant à fédérer l'action des soignants des 18 établissements au service des usagers. Trois grands axes sont retenus, proposés et validés en CSIRMT du groupement : le parcours du patient, la bientraitance et l'éthique dans les soins et enfin l'évolution des métiers conduisant à une réelle coopération des professionnels autour de l'utilisateur. Le projet de soin de l'établissement est également en cours de réalisation et les actions s'appuient essentiellement sur le Projet de soins partagé du GHT, auquel a contribué le CGS du CH.

La politique Qualité et sécurité des soins du CH : conformément à la politique qualité gestion des risques du CH, il est établi un bilan annuel des actions conduites au cours de l'année écoulée, qui sert de base à l'élaboration du PAQSS de l'année à venir. Pour l'année 2019, le bilan met en évidence des items en lien avec notre thématique, à savoir :

➤ Management stratégique et gouvernance : 2019 fût consacré à la préparation des contrats de pôles dans lesquels un axe « Qualité Sécurité des soins » est inscrit. Un premier tableau de bord relatif aux indicateurs est transmis aux responsables de pôles pour définir les objectifs dans les contrats de pôles.

➤ Qualité de vie au travail et gestion des ressources humaines : selon la thématique de la HAS qui est de « *s'assurer que l'établissement a identifié et impulse une dynamique de QVT, et construit un cadre cohérent au sein duquel viennent se loger des initiatives visant à concilier le bien être des salariés et la qualité des soins*⁷⁴ » Dans cet esprit, l'établissement met en œuvre des actions telles que la poursuite du travail sur la GPMC,

⁷⁴ Guide thématique Expert visiteurs, HAS, Septembre 2014

l'informatisation de la gestion du temps de travail, et la poursuite de la mise en œuvre du CLACT.

De plus, dans le PAQSS 2020 figure en lien avec la QVT, des actions engagées en 2018 et en cours de réalisation, tels que la mise à jour du document unique, l'élaboration et l'impulsion d'une politique QVT avec une échéance prévue en décembre 2020.

Au regard de ces différents éléments, il semble que le CH soit investi de la dynamique projet du territoire portée et pilotée par l'établissement support du GHT. Parce que le CGS assiste à la CSIRMT du GHT, il devient un acteur dans l'élaboration de la politique QVT au service du CH. Au vue du contexte, cela interroge la déclinaison du pilotage et de la régulation permettant la performance à l'échelon de l'établissement. Le CGS est le maillon stable de l'équipe de direction. Il est, par sa position à la CSIRMT de territoire et d'établissement, la ressource et le relais pour contribuer à la mise en œuvre du projet de soins favorisant ainsi la qualité des soins et la QVT des professionnels.

2.4 Une rencontre avec les acteurs

C'est à partir des entretiens réalisés sur le terrain, et de leurs analyses, qu'il est mis en exergue les difficultés et les leviers de réussites rencontrées par les acteurs de terrain lors de projets de réorganisation. Afin d'analyser la vision stratégique et la vision opérationnelle des interviewés, deux groupes sont définis pour l'analyse, celui des décideurs (équipe de direction) et celui de l'encadrement (CSS et CDS). Pour autant, les thèmes d'analyse ont suscité des principes communs, contributifs d'une QVT, levier d'une performance organisationnelle durable.

2.4.1 Un contexte hospitalier dans la tourmente

Compte tenu du contexte actuel de stratégie de transformation du système de santé, le CH n'échappe pas à des mutations majeures. Il est soumis à une double exigence : ce sont les injonctions externes visant à transformer les organisations et les arbitrages internes permettant d'améliorer l'efficacité globale de l'organisation. Lors de nos échanges avec les « décideurs », chaque acteur a connu des réorganisations à échelle variable. Le PCME et les représentants du personnel ont aussi participé à différents changements, soit dans le cadre de leurs missions soit comme professionnels de santé. Pour le groupe des décideurs, les principaux types de changements rencontrés sont des restructurations architecturales, des déménagements d'unités, des mutualisations et des fusions d'équipes avec des recalibrages d'effectifs, des ouvertures et des extensions de l'offre de soins. Tous verbalisent des changements permanents, mais inévitables au vues des diverses réformes. Le CGS précise que « *les réorganisations sont une des missions du Directeur des soins* ». Tous les acteurs associent ces changements à l'optimisation organisationnelle dans un

contexte budgétaire de plus en plus restreint, et plus récemment, dans le cadre des coopérations liées au GHT ou du développement du virage ambulatoire.

Du point de vue de la DRH par intérim, « *l'établissement a connu beaucoup de mouvements au sein de l'équipe de direction, ce qui a empêché l'inscription de stratégies, d'axes de travail de façon durable donnant le sentiment de travailler dans l'urgence en permanence* ». Pour elle, l'essentiel est de travailler avec les représentants du personnel et les équipes, « *ce qui permet de lever les oppositions une fois que le projet doit être mis en œuvre* ». « *Le nouveau DG est dans cette dynamique ce que l'établissement ne connaissait pas auparavant.* » Il y a là un travail de concertation, d'échanges au travers de « *tables rondes* » avec les différents acteurs. La DRH et le DG sont d'accord sur l'impératif d'associer les cadres et les OS lors de changement dans les services, « *afin de responsabiliser les acteurs, et créer un climat de confiance* ».

2.4.2 Les principes et valeurs à l'œuvre dans le management

A travers les propos exprimés lors des entretiens, des principes et des valeurs dans le management sont mis en évidence et permettent une réflexivité.

Lors de projet de réorganisations, l'équipe de direction s'appuie, essentiellement sur la « *conduite de projet* ». En termes de stratégie, le DG précise que lorsqu'il s'agit des soins, la première étape où en général « *tout se joue* » c'est lors de **la rencontre** avec les responsables médicaux, chefs de pôles, directeur des soins et chef d'établissement. Portée par le directoire, l'impulsion des réorganisations se prépare, selon lui, en amont et s'appuie d'abord sur le dialogue. Il précise que le DS, membre de droit du directoire, est partie prenante aux échanges, qui sont enrichis en amont par les propositions et éléments de l'équipe d'encadrement. Le DG attend d'un cadre, qu'il connaisse bien ses équipes, « *qu'il soit en capacité de relayer au DS les éléments de compatibilité du projet avec le quotidien des équipes* ». Quand l'orientation est prise en directoire, il préconise les explications à l'encadrement, aux organisations syndicales pour que dans « *un deuxième temps, on rencontre les équipes pour expliquer le sens de ces réorganisations* ». Pour autant, le DG, relève que parfois les réorganisations des soins sont très lentes à émerger, à façonner, liés aux allers retours permanents sur des points d'achoppements médicaux. Alors même que cette phase peut durer plusieurs mois, il regrette que la mise en œuvre, elle, s'opère très vite. Pour lui, le gage de réussite se situe là, c'est-à-dire entre le moment de présentation du projet aux équipes et celui de sa réalisation, permettant ainsi une maturation du projet. Selon le CGS, la première étape passe pour lui aussi, toujours par « *une négociation stratégique* » avec les responsables médicaux et l'équipe de direction. Ainsi, le CGS rejoint la vision du DG qui est celle d'avoir une cohésion au sein de l'équipe médicale avant de commencer à travailler avec l'encadrement supérieur, qui travaillera ensuite avec l'encadrement de proximité sur les organisations de travail, le calibrage des effectifs requis.

Puis, intervient le binôme DS/DRH pour échanger avec les représentants du personnel. Le rôle du CGS est celui d'accompagner, d'avoir une fonction de « **médiateur** » auprès des équipes de cadres supérieurs, cadres de proximité et si nécessaire auprès des équipes « *pour écouter leurs inquiétudes et entretenir une relation sociale directe* ». Pour le CGS et la DRH, les étapes pour mener à bien les changements s'articulent autour de réunions planifiées, ou chaque acteur impacté par le changement peut participer et « *être partie prenante du projet et s'impliquer* ». L'ensemble des interviewés ont une appétence pour le **travail collaboratif** et exprime la nécessaire **confiance** de l'encadrement dans la mise en œuvre de réorganisations. Selon le CGS, rencontrer les professionnels (cadres ou équipes) permet de « *créer un lien* », l'apport d'idées, d'être légitime. Le DG explique, « *certes, souvent la vision du DS est différente, pour autant, l'essentiel est d'apporter les éléments pour comprendre l'objectif des réorganisations* ». D'après lui pour atteindre l'objectif, « *on doit prendre du temps de préparation et autant de temps d'évaluation au contact avec les équipes et des représentants du personnel* ».

Dans un système de santé décrit comme un système fragmenté et bloqué⁷⁵, le CGS dit que « *travailler avec des ressources humaines nécessite de prendre soin de chacun pour garantir la continuité des prises en charges, assurer la qualité et la sécurité des soins et in fine la satisfaction du patient* ». Nous notons ici le positionnement de la direction des soins sur les méthodes employées pour atteindre efficacité et efficience dans les organisations. Le CGS impulse un modèle acquis par ses compétences et ses diverses expériences professionnelles, qu'il applique et transmet aux CSS. Il rencontre deux fois par semaine les cadres de pôles : une première réunion où il évoque la gestion du collectif et de la performance (les projets d'organisation, projet de service, démarche qualité) et une seconde en binôme avec la DRH où il est traité des questions RH et des situations individuelles des agents. Le CGS se fait ainsi **le relais**.

Selon le DG, le CGS est le « *premier manager de l'hôpital* ». Il explique que le CGS a un rôle « *redoutable et complexe* » car il doit « *raccorder deux dimensions : la dimension stratégique et opérationnelle. On demande au DS d'avoir à la fois une vision des grands axes stratégiques, sur l'évolution des organisations par exemple tout en restant sur des volets opérationnels* ». Il est selon lui, souvent « *l'entonnoir* » de l'ensemble des directions fonctionnelles. Pour le DG, le DS est finalement le directeur le plus fonctionnel dans l'équipe de direction, « *on lui demande de prendre en compte : les éléments financiers, de rationalisation, les volets QVT, de RH* ». Il explique, « *pour manager les transformations, il faut ménager les humains, et montrer l'exemple* ». Ainsi, il considère que « *le sens de l'humain doit être ancré chez les DS dans leurs pratiques quotidiennes, qu'il faut avoir de l'empathie, aimer les gens avec leurs défauts et leurs qualités* ». L'attitude, le comportement

⁷⁵ Rapport final, *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière, Plan Santé 2022*, 18 septembre 2018

et la manière que le DS aborde les cadres « *forcément ca déteint sur les cadres et les agents de l'hôpital. Les deux atouts majeurs : l'empathie et l'exemplarité* ». Il a toujours eu une très grande considération pour les DS et déplore le manque de légitimité par rapport aux médecins même si effectivement selon lui « *le monde hospitalier est vraiment un monde polymorphe.* » Concernant le management, il évoque qu'il « *suffit de regarder effectivement l'attitude des hommes du terrain pour voir qui est le chef derrière, c'est empirique* » dit-il.

Dans sa conception du management, le DG considère qu'il faut « **donner du sens**, en prenant le temps d'expliquer et c'est du rôle du DS avec si possible le chef d'établissement » ce qui aiderait à l'appropriation des projets. C'est selon lui « *extrêmement important parce qu'il se joue évidemment des situations extrêmement difficiles et compliquées dans les changements au sein des hôpitaux* ». Toujours selon le DG, ce qui est important, c'est le binôme CDS/DS, les objectifs posés, l'esprit d'équipe, l'équité, le courage managérial nécessaire pour les professionnels qui auraient une « *aura ou un leadership négatif* ». Le DG préconise que ce courage doit toujours commencer par une approche par la communication. Par contre, pour lui, le cadre doit être soutenu par son cadre supérieur et le DS car « *il y a je pense rien de pire pour un cadre que de se dire : j'ai le courage à un moment donné de remettre les pendules à l'heure voilà et je ne suis pas suivi par ma hiérarchie... ça c'est terrible et souvent du coup il baisse les bras* ».

Pour le CGS, la conception du management dans le cadre de réorganisations, s'appuie sur un socle fondamental. Il s'agit de la **relation de confiance** avec les cadres de pôles qu'il nomme « *le staff* » et avec les cadres de proximité. Dès que cette confiance est installée, le CGS pose les axes stratégiques et les objectifs avec des indicateurs de résultats un peu globaux. Il considère que l'étape suivante est celle de l'encadrement supérieur à qui il demande « *d'être au contact au quotidien avec leurs cadres de proximité, les équipes si besoin, de répondre aux questions, d'animer les groupes de travail et de faire les synthèses.* » Lors des rencontres avec l'encadrement, il travaille sur la base de ces synthèses pour qu'un dialogue s'instaure entre DS, CP et CDS. Pour lui, « *il est inconcevable de ne pas travailler avec les cadres qui sont finalement au plus près des équipes et donc de la production de soins* ». Les freins et les obstacles sont à prendre en considération, car « *cela évite d'aller trop vite, cela permet de se remettre en question, d'ajuster la stratégie tout en gardant l'objectif final en tête et parfois il faut accepter qu'il puisse y avoir un écart entre ce que l'équipe de direction avait prévu et le résultat.* » C'est ce que le CGS appelle « *la marge de manœuvre, d'autonomie* » donné à l'encadrement et aux équipes. Sensibilisés à la notion de dépenses, le CGS incite les cadres à être acteur de leur régulation de ressources, qu'ils ajustent à l'activité. « *La confiance n'exclut pas le contrôle* », dit-il en veillant au suivi des maquettes organisationnelles. En termes de QVT pour les cadres, il adopte **la confiance et l'autonomie** dans leur propre gestion de temps

du temps de travail. Le CGS insiste sur le fait de préserver et aménager la santé physique et mentale des agents qu'il a en responsabilité. Dans son management, le CGS veille à ce que les collaborateurs comprennent, répond à leurs questions, complète des discussions en individuel ou en équipe et évite les injonctions paradoxales. *« Il arrive que les cadres utilisent des circuits internes d'opposition. Dans ce contexte-là, il faut les identifier et se positionner pour les maîtriser. »* Un des prérequis du CGS est de respecter la lignée hiérarchique, *« sans respect il ne peut pas y avoir de positionnement et c'est la perte de la légitimité par les cadres »*. Les cadres de santé doivent *« reconnaître »* leur supérieur hiérarchique et le rôle du DS est souvent celui d'un médiateur.

Pour la DRH, sa conception rejoint celle du CGS : *« Pour accompagner les changements, il faut s'appuyer sur des principes : il faut expliquer et donner du sens au projet, il faut se rendre disponible autant que nécessaire pour réduire les incertitudes et donc beaucoup communiquer. Il faut être juste, équitable et honnête »*. Selon elle, le cadre est le maillon qui *« retranscrit du haut vers le bas »* et l'absence d'une politique institutionnelle positionne le cadre dans une situation difficile dans son management : *« ça doit être difficile aussi pour un cadre de devoir être porteur d'un message qu'il n'arrive pas forcément à lire. »* La **cohérence institutionnelle** participe au climat social et à la sérénité.

C'est au travers de l'entretien avec le PCME, que les propos du corps médical sont retranscrits. En effet, selon lui, les réorganisations *« s'appuient essentiellement sur l'encadrement »*. Néanmoins les médecins déplorent qu'aujourd'hui les cadres de santé ont tendance *« à s'éloigner de la réalité du terrain et donc du patient, comme un manque d'implication »*. Selon lui, il faut plus d'implication mais à tous les niveaux *« car au bout de la chaîne c'est le patient qui subit, avec une perte de chance »*. Tout serait lié au management selon lui et il constate un écart de plus en plus prégnant dans le management des cadres auprès des équipes : *« trop souvent en réunion cadres, cadres supérieurs ou direction des soins »*. Pour le PCME *« dans la qualité de soins, il doit y avoir une interpénétration entre les IDE et les cadres »*. Il considère que les informations des cadres ne descendent pas vers les équipes et que les cadres ne sont pas assez impliqués dans leur mission qualité, notamment. La qualité du management du cadre est importante d'après le PCME, *« je regrette le temps des surveillantes qui surveillent les soins, aujourd'hui les cadres sont loin des soins, il faut remettre de la surveillante dans les cadres et il faut du courage managérial »*.

De façon général, tous s'accordent à dire qu'à partir du moment où il existe *« une bonne cohésion au niveau de l'organisation médico soignante, un bon calibrage des effectifs de l'unité, une cohérence des temps médicaux et non médicaux dans l'organisation, une bonne file active évidemment, si les prises en charges médicales correspondent aux attendus d'aujourd'hui et sont modernes, il n'y a pas de raison que ça ne fonctionne pas »*. En résumé pour le DG, *« si on travaille pour la QVT des soignants, des professionnels, ils*

seront rentables et in fine c'est offrir des qualités de prise en charge pour les patients et atteindre l'efficience de l'organisation ».

Les principes et valeurs peuvent être mixtes et complémentaires, néanmoins deux éléments communs à tous semblent nécessaires pour réussir les changements organisationnels. Il s'agit de la communication et de la confiance entre les professionnels sur le terrain (cadres de proximité et équipes) et l'équipe de direction et notamment avec le directeur des soins.

2.4.3 La QVT, comme clé au bénéfice de la qualité de soins

Dans le discours des interviewés, la QVT apparaît comme une évidence et le lien entre QVT et qualité des soins semble inévitable et naturellement établi. Pour le CGS, *« si vous n'êtes pas bien dans votre poste de travail vous ne pouvez pas donner le meilleur de vous-même et donc forcément ça a un impact sur la qualité des soins »*. Pour le DG, *« quand on a des professionnels qui sont contents d'aller au travail et qui ont le sens du travail en équipe ...derrière il y a la qualité de vie au travail donc forcément ça se répercute sur leur attitude et leurs pratiques vis-à-vis des patients ou des familles »*. Selon la DRH, *« des agents bien à leur travail vont être plus impliqués plus sereins dans la prise en charge des soins »*. Enfin pour le PCME, *« il n'y a pas de bon travail s'il n'y a pas de bonne conciliation entre vie privée et vie professionnelle »*.

Ainsi, face à une volonté de développer une démarche QVT, celle-ci semble, d'après les acteurs, modérée au niveau du CH. La DRH indique qu'elle doit relancer le DUERP. *« Un auditeur externe est programmé avec des groupes de travail début d'année 2021. Un document unique existait ainsi qu'un CLACT mais sans continuité dans le suivi des actions »*. Selon le DG, la prise en compte des risques psychosociaux, *« c'est aussi la capacité et la possibilité des cadres à faire remonter des situations difficiles dans les services en lien avec les cadres supérieurs, le DS et le DRH. »* Pour lui, les situations les plus compliquées sont les conflits médecin-cadre où les RPS peuvent être majeurs car les cadres *« prennent sur eux et souvent quand ça émerge, c'est trop tard. Il y aurait certainement des actions à mettre en place dans le management de l'encadrement médical et paramédical »*.

Dans la prise en compte de l'optimisation des organisations ou des risques professionnels, tous s'accordent à dire qu'en première intention l'optimisation prime sur la prise en compte de la QVT. La DRH explique, *« on réagit d'abord à répondre aux besoins par l'optimisation des organisations et après à la QVT. Tout est agi sans prendre le temps de penser, c'est le lien entre ce qu'on veut et ce que l'on peut car nous n'avons pas le choix, il faut répondre aux besoins avec des prises de risques comme celles de voir partir des agents qui ne se retrouvent pas dans les changements, on ne s'autorise pas certaines réflexions »*. Dans la perception du DG, il considère que tout peut être optimisé mais si in fine, le résultat aboutit

à un mouvement social, avec de l'absentéisme des recours à de l'intérim cela est contreproductif. Donc pour lui, *« l'optimisation n'est pas une fin en soi, mais l'organisation doit prendre en compte la prévention des RPS. Conduire le changement c'est susciter l'adhésion et expliquer car une réorganisation imposée sans échange va générer des RPS »*. Enfin, pour le CGS, la QVT est sous entendue dans son discours. Ses actions s'appuient sur son savoir être, son savoir-faire et ses savoirs. La qualité des soins et la satisfaction de l'utilisateur sont très prégnantes : *« La performance c'est la satisfaction de l'utilisateur, c'est la diminution du nombre de plaintes, c'est d'atteindre collectivement l'équilibre budgétaire, c'est le nombre d'absentéisme... »*

Pour les représentants du personnel qui relatent la prise en compte de la QVT par la direction : *« pendant les quatre dernières années et jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur, la question de la QVT n'était pas une priorité institutionnelle, c'était un refus catégorique il ne voulait pas entendre parler de la QVT, c'était le directeur avant »*. Selon le CHSCT, *« pour assurer une qualité des soins l'agent doit être bien au travail en terme de conditions de travail, si un agent a un planning pourri parce qu'il y a des arrêts, les repos bougent et les gens s'épuisent. Les plannings ne sont pas respectés malgré les outils, en plus les cadres passent beaucoup de temps dessus ça c'est un frein à la QVT. »* Selon le CHSCT, *« la politique QVT doit être travaillée »* dans l'établissement.

2.4.4 La performance, un enjeu soumis à la QVT et à la qualité des soins

Pour le DG, il y a une différence entre la performance et l'efficacité. La performance est plus globale, *« elle est financière, managériale et prend en compte la qualité des soins. Dans l'idéal, c'est de faire autant, voire plus, avec moins de ressources. Elle se mesure aussi à la durabilité d'une organisation et pour cela chaque aspect doit être pris en compte »*.

Selon le CGS, *« la performance, c'est mettre l'homme au centre de toutes les préoccupations, les réflexions qu'on doit avoir. L'homme c'est le malade, le professionnel, le directeur, le représentant du personnel, le soignant le médecin le technicien. Si on arrive à mettre l'homme au centre de nos réflexions et de nos discussions, et qu'on arrive à le respecter je pense que l'hôpital peut faire de belles choses. »* Il considère que la gouvernance a été trop décentrée sur l'aspect économique ce qui expliquerait l'insatisfaction générale. Il regrette que lors des décisions stratégiques avec les tutelles, le patient est un *« prétexte »* et *« il ne se parle que de comptes, de budgets,... Il faut redonner du temps aux soins car aujourd'hui on subit les 20 années de restrictions sur le titre 1 et modifier l'angle de vision qui n'a été que budgétaire. »* Il considère que le travail des cadres et des IDE s'est transformé en personnel médico administratif.

Selon la DRH, la performance *« repose sur le cadre de santé qui est garant de son organisation, sur la politique institutionnelle et à la position de la direction qui doit porter*

une philosophie, une légitimité aux demandes de changements ». Au niveau RH, « *les lignes directrices doivent être écrites c'est une façon d'objectiver et réduire les interprétations* ». Le Président de CME, complète en disant « *Chacun de nous est un maillon de la chaîne et il faut fédérer tout le monde et là intervient le rôle du cadre qui connaît bien son équipe et qui doit pouvoir anticiper les problèmes.* »

La définition de la performance donnée par l'ensemble des interviewés repose essentiellement sur la qualité des soins et l'aspect financier, minimisant l'aspect QVT des professionnels. Pour autant, lorsque nous abordons l'aspect management mise en œuvre à partir de leur conception de la performance, les réponses s'orientent autour du rôle des managers, de la communication aux équipes, des valeurs, des discussions autour des objectifs communs, de la cohésion d'équipe, et le dialogue avec les équipes. Ce sont des éléments en lien avec l'approche QVT.

Selon le DG, « *la clé c'est la capacité d'un directeur, d'une équipe de direction à passer du temps avec les équipes, de façon formelle ou informelle, même si ça peut paraître des grands discours, mais c'est la clé pour le management* ». Ainsi d'après lui, les agents pourraient se sentir reconnus et écoutés par une direction « *souvent vu sur un piédestal ou dans une tour d'ivoire, éloigné du terrain* ». Pour lui, être en lien avec les réalités du terrain, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'encadrement, est une plus-value dans le management et c'est « *absolument essentiel dans le pilotage d'un établissement.* »

Pour la DRH, le management de la performance est essentiellement basé sur le dialogue avec l'encadrement et les OS pour donner du sens, éviter le sentiment de subjectivité, d'injustice. Pour la DRH, chaque directeur est important pour autant, c'est le DG qui donne le « *tempo* » et le CGS est le « *maître des soins* ».

Le DG, le CGS et la DRH s'accordent à dire que la performance influe sur le style de management pour atteindre les objectifs. Il s'agit d'un management basé sur le dialogue, la communication, la concertation, le sens des actions. Selon le DG, performance et management sont intrinsèquement liés, se traduisant par des objectifs posés lors de l'entretien d'évaluation qu'on doit pouvoir réévaluer et ajuster en fonction de la réalité du terrain. Selon le CGS, pour atteindre les objectifs de performance, les cadres de santé réclament du temps pour gérer le soin, les réunions de services, rediscuter et évaluer des protocoles, réaliser des analyses des pratiques professionnelles, des retours d'expérience, et organiser du temps de soutien des équipes. « *Toutes ces choses qu'on ne fait plus car on n'a pas le temps ou on le fait très vite et très mal...Il faut les remettre dans leur cœur de métier au lieu de passer leur temps à gérer de la RH uniquement.* »

Le CGS décrit son rôle au sein du dispositif et de gestion de la performance. Il s'agit de « *donner son éclairage sur le fonctionnement des services de soins, sur l'évolution des activités, sur les possibles adaptation des organisations, sur les limites à ne pas franchir en terme de ratio, sur les compétences attendues, sur le juste équilibre entre temps personnel*

et temps professionnel difficile, la gestion du temps. Il est là pour donner des explications mettre des garde-fous a des raisonnements administratifs un petit peu trop économique par moment ».

Généralement, l'équipe de direction s'appuie sur l'expertise de terrain du DS. Le CGS, lui, considère « *qu'il est plus écouté que reconnu* » ce qui est à l'inverse de la perception que peut avoir le DG, qui nomme le DS « *comme le 1er manager de l'hôpital* ». D'un point de vue stratégique, aujourd'hui, les notions de performance ne sont pas formalisées puisque le projet d'établissement n'est pas actualisé. Le CGS explique, « *il est trop ancien pour que je puisse rebondir. De ce fait, dans le projet de soins on ne parle pas de performance mais essentiellement de qualité des soins et de juste prise en charge des patients. En matière de QVT, on y parle de bonnes pratiques, de formation professionnelle, d'accompagnement de l'encadrement et des organisations* ». Ainsi, pour le CGS, le document de référence, c'est le projet médico soignant du GHT, où sont notifiés les éléments de la performance collective et territoriale avec les notions de coopérations, des parcours patients, des filières patients, ainsi que le travail de performance territoriale au bénéfice du patient. A son arrivée dans l'établissement, le CGS a représenté ce projet en CSIRMT, et il s'appuie dessus pour les valeurs et principes posées par la CSIRMT de GHT. Le PMS partagé porte les valeurs des 18 établissements parties au GHT. Le CGS, aujourd'hui raisonne « *local pour son management direct* » mais « *pour la prise en charge et le juste soin des patients, tout le monde travaille ensemble au niveau du GHT. Le projet médico soignant partagé fonde les objectifs pour tous les établissements du GHT et il faut se coordonner* ».

Le CGS considère que parler de performance, de QVT « *c'est politique et qu'il faut être pragmatique* ». Le projet de soin de l'établissement sera une déclinaison du PMP du GHT avec les mêmes valeurs qui seront partagés avec l'équipe d'encadrement.

L'arrivée du nouveau DG par intérim a modifié le paradigme dans la gestion des ressources humaines et notamment dans un contexte de pénurie de professionnels paramédicaux. En effet, la décision du DG est de ne pas solliciter de paramédicaux par intérim. En changeant de directeur général, le CGS a dû s'adapter à la stratégie managériale du directeur d'établissement : « *sa stratégie est de dire que les activités et le capacitaire sont définis en fonction des RH disponibles* ». De ce fait, le capacitaire est réduit au regard des PNM disponibles. Le CGS regrette parfois le manque de prise en compte par les médecins, des difficultés organisationnelles et cette décision par le DG incite à changer l'angle de vue et d'analyse des médecins. « *Les médecins ouvrent des lits sans se préoccuper de la ressource RH* générant ainsi des RPS pour les cadres et les équipes». Au regard des RH que l'on dispose quantitativement et qualitativement l'offre de soin s'adapte et non l'inverse. Cette notion précise sa perception de la performance qui est : « *si on pilote l'activité par les ressources on devrait s'approcher de la performance, c'est-à-dire mettre les moyens là où il y a de l'activité* ».

Concernant la politique institutionnelle, le DG précise que le Projet d'établissement est une condition nécessaire et indispensable avec tous ses volets. Selon lui, il fixe la cohérence globale d'une vision partagée avec les soignants, les médecins, la direction et sans formalisation l'ambiguïté s'installe, l'instabilité et les changements permanents. Parler de tous les projets nécessaires au pilotage c'est important, mais le DG considère qu'aujourd'hui il faut revenir à l'essentiel, ce qu'il considère comme la base, à savoir « *le contact direct avec des directions et les professionnels, aujourd'hui il y a un écart énorme entre la politique, les stratégies et le terrain...* ». Sa position en intérim ne lui permet pas de s'engager dans l'élaboration du futur projet d'établissement et considère qu'il appartiendra au prochain DG de le piloter.

Enfin, la notion de performance au CH peut se définir par la combinaison d'éléments imbriqués à savoir la qualité des soins, l'efficacité et la QVT. Alors que « *la perception de la QVT est étroitement liée aux conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et à leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci* »⁷⁶, les réorganisations génèrent des attentes chez les professionnels. Leurs valeurs individuelles et collectives traduisent l'ambiance dans laquelle ils travaillent, et permettent de s'approprier ou pas les projets. Les enjeux de performance de l'organisation et de santé des professionnels sont liés. Il est nécessaire pour les dirigeants de l'hôpital de comprendre que les difficultés rencontrées peuvent s'analyser sous l'angle des relations au travail et du management, permettant d'engager des réponses institutionnelles. Il est donc pertinent de comprendre et d'analyser le vécu et les attentes des professionnels de santé.

2.4.5 L'encadrement dans le tourbillon des transformations

C'est grâce à une vision managériale globale des forces et des faiblesses des professionnels, que l'accompagnement managérial peut être à la hauteur des enjeux. Dans le contexte actuel, il est intéressant de questionner l'existant afin de vérifier les ressentis, le vécu et les attentes des professionnels de terrain face aux changements institutionnels.

Le profil de l'encadrement : Parmi les cadres interviewés trois sont cadres de pôles (cadre supérieur de santé) et six sont cadres de proximité. Pour avoir des retours le plus exhaustifs possibles, nous avons interrogés différents cadres regroupant différentes spécialités (court, moyen et long séjour).

Les cadres supérieurs, âgés de 45 à 57 ans, sont tous les trois issus de la filière infirmière, avec une ancienneté dans la fonction « cadre » entre 13 et 15 ans, et entre 3 et 9 ans pour la fonction de cadre supérieur. Au niveau des cadres de proximité, ils sont âgés de 35 à 55 ans et ont une ancienneté dans la fonction cadre entre 5 et 12 ans. Le choix d'interviewer

⁷⁶ CRISTOFALO P., DARIEL O., QVT, *quelles initiatives et quels dispositifs pour soutenir des démarches d'amélioration de la QVT*, Cours EHESP, septembre 2020

des cadres de pôles permet de recueillir des éléments du « maillon intermédiaire » entre le CGS et les CSS, puis d'avoir ceux des cadres de santé au plus près de la proximité des équipes, tous acteurs dans les changements. Cinq cadres sur six sont issus de la filière IDE et un de la filière médico technique, avec tous, une expérience dans la production de soins entre 7 et 30 ans. Tous ont vécu des mobilités dans le cadre de leur parcours professionnel, par choix ou par contextualisation.

L'activité de l'encadrement à l'œuvre : Tous les cadres de santé interviewés ont vécu, participés à des changements ou des réorganisations. Ce sont des restructurations architecturales, des réorganisations des soins, des mouvements au niveau de l'encadrement au sein des pôles. L'organisation interne du CH a introduit « les pôles » lors du plan Hôpital 2007. Ils regroupent plusieurs services et sont gérés par un collège de trois acteurs : médecin chef de pôle, un directeur référent et un cadre paramédical de pôle. Chaque service lui, est géré au plus près par des cadres de santé. La proximité est un facteur essentiel de ce qui se passe sur le terrain. Le cadre est donc le premier relais pour les décideurs du pôle. Néanmoins, les cadres de pôles, expriment les mêmes constats d'un contexte hospitalier de plus en plus difficile pour l'encadrement. « *Aujourd'hui on est dans la productivité, l'optimisation des lits, réduire les DMS, les soignants ne s'y retrouvent plus et les cadres non plus* ». La QVT est donc à prendre en compte dans la mise en œuvre de changements pour assurer de bonnes conditions de travail. Tous les changements demandent un « *accompagnement, un travail avec les équipes, Il faut être capable de repérer les personnes ressources au sein de chaque équipe.* »

En terme, de conduite de projet, la satisfaction pour les cadres de pôles est d'avoir une marge d'autonomie satisfaisante de la part du CGS. Ils considèrent que lorsque les équipes sont « *parties prenantes* » la réussite s'impose mais « *un des freins à tout ça, c'est le temps* ». D'après l'encadrement, tout projet doit être élaboré en concertation, en collaboration avec l'ensemble des acteurs. Selon les CSS, « *le CDS est avec son équipe, le CSS dans la rédaction du projet, le suivi des actions avec les cadres de proximité.* » Les cadres considèrent que les restructurations sont souvent difficiles car ils considèrent que le facteur économique est prioritaire : « *on nous dit toujours à effectifs constants* ».

Pour le CDS BA, ce qui lui semble important dans les changements, c'est la proximité, les explications du projet ; « *au fur à mesure, pendant les transmissions, même des petites informations de cinq minutes, pour qu'ils sachent qu'ils avancent au même rythme que ce qui était décidé au niveau de la direction* ». Selon le CSS T, « *Ce que j'en retiens des restructurations, c'est vraiment la collaboration entre le CSS et le DS. Cela me semble important pour faire passer des messages institutionnels* ». Avec les cadres, c'est plus simple quand on dit : « *c'est une décision de la direction des soins mais il faut aussi s'interroger sur les marges d'autonomie laissées aux cadres, en leur laissant la possibilité de s'exprimer* ». Avec l'expérience, le CSS T a pris conscience qu'elle ne laissait pas de marge

d'autonomie à ses cadres *« car elle considère qu'elle était trop dans l'action, dans l'opérationnel, dans le contrôle »*.

Concernant l'évaluation, pour certains cadres, analyser les indicateurs d'activité, de qualité, d'organisation ou de RH est parfois perçu et verbalisé comme un contrôle de la qualité de leur travail. Ils utilisent les indicateurs des tableaux de bord pour assurer le suivi. Un CSS explique, *« certains sont dans le déni, dans la résistance de cette analyse car ils ont peur d'être pris à défaut, alors pris dans tous ces bouleversements, la question du manque de temps resurgit en permanence »*. Pour d'autres, c'est l'inverse l'évaluation permet de dire *« Le projet fut une réussite car les agents ont été associés au niveau des organisations »*. En terme de qualité des soins, un des cadre de pôle, réinterroge en permanence les pratiques professionnelles et coordonne des temps avec les cadres sur ces sujets.

Concernant la conception managériale, elle peut influencer sur la gestion des ressources humaines car comme le précise le CSS T, le cadre doit être un *« bon gestionnaire et veiller aux ressources pour le fonctionnement de son organisation »*. Le point central reste quand même la gestion des RH par le planning *« qui aujourd'hui occupe beaucoup de temps chez les cadres mais qui est un levier managérial aussi »*. Alors, elle leur demande de la rigueur, de l'équité et de communiquer avec leurs équipes sur les difficultés. La notion de la gestion des plannings est redondante dans le discours de tous les cadres. L'établissement n'a que récemment fait l'acquisition du logiciel de gestion du temps de travail. *« Après beaucoup de « pédagogie » avec les cadres, les professionnels, nous avons mesuré la méfiance qu'ils pouvaient avoir vis-à-vis de l'administration et nous avons pris conscience de ce levier en termes de QVT car le planning fait partie de la QVT pour les professionnels »*. A la demande du CGS, les CSS de pôle ont accompagné les cadres de santé et ces derniers, leurs équipes. *« Nous avons commencé à retrouver un certain apaisement général dans les services ainsi qu'avec les OS sur la question des cycles de travail »*. Ces propos sont confirmés par la secrétaire du CHSCT.

2.4.6 La QVT des cadres à l'aune de la QVT des professionnels

Selon l'encadrement, c'est une évidence que de prendre en compte la QVT pour chacun des professionnels : *« il faut qu'on se sente bien dans son travail pour effectuer les missions qui nous sont demandées. Il faut à un moment donné être en phase. On ne mettra pas la même envie, le même engouement si on est stressé ou si on n'a pas le matériel pour travailler. »* Les CP restent vigilants à la gestion du temps de travail des cadres pour éviter le présentisme et ainsi favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Un des CSS, explique, en termes de prévention des RPS, *« non ils ne sont pas suffisamment pris en compte »* et elle s'interroge sur les moyens pour les prévenir. *« Dans la fonction cadre, il a été identifié la pression ressentie par rapport à la gestion des ressources humaines qu'il*

faut en permanence gérer ». Elle considère que les optimisations des organisations sont prioritaires face aux RPS : *« moi je reprends mon bâton de pèlerin pour défendre ça car pour que les organisations soient efficaces et produisent de la qualité il faut que les gens soient bien. »* L'ensemble des cadres associe la QVT aux conditions de travail, d'une part sur le plan technique (plannings, exigences du travail, incertitudes...) et d'autre part sous l'angle « relationnel » : la communication, être à l'écoute, dans le dialogue... Si un cadre exprime des propos inquiétants, ou se comporte de façon inadaptée, un espace de dialogue s'installe entre le CSS et le CDS.

Aujourd'hui, selon le CSS M, le fonctionnement hospitalier priorise l'optimisation au détriment de la prévention des RPS ou de la mise en œuvre d'une démarche QVT : *« on gère plus en réaction qu'en prévention, c'est plus du curatif que du préventif car on est soumis aux injonctions de l'ARS et on doit tout optimiser, avec un sentiment d'accélération avec la T2A ».* Pour le CDS A, le problème relève des injonctions paradoxales *« entre ce qu'il faut faire et ce que l'institution demande parfois, il y a un écart ».* Un autre élément concerne *« le manque de reconnaissance institutionnelle, qui pour elle commence par la valorisation du service, par les évaluations négatives et donc la qualité des soins. ».* Les cadres expriment leur mal être souvent en lien avec leurs pratiques du quotidien, qui s'articulent essentiellement autour de la GRH afin d'assurer la continuité des soins, ce qui représente pour tous environ 80% de leurs temps. L'argument du *« manque de temps des cadres n'est plus concevable »* dit-elle. Selon elle, il existe un besoin pour le cadre à continuer de faire ce travail comme il a toujours été fait depuis des années, sans adaptation au contexte actuel, sans remobilisation des compétences, *« une sorte d'inertie ».* Dans les propositions faites par le CSS M, une des actions serait l'analyse des pratiques managériales qui lui semble prioritaire pour accompagner la démarche d'analyse.

Au quotidien, la QVT est à prendre en compte, *« les cadres doivent être attentifs aux comportements des agents comme les cadres de pôles doivent l'être pour les CDS »*

Selon le CGS, les équipes comme les cadres ont besoin de réponses, d'être accompagnées lors des changements *« moi je me dis que le cadre est là pour les accompagner comme eux accompagnent les patients, les résidents ».* Ainsi, le CGS attend des CSS du « reporting ». Cette pratique est appréciée par les CSS, qu'ils considèrent comme aidante dans l'analyse des situations et dans le respect de la marge d'autonomie donnée.

La QVT des cadres est abordé par cinq d'entre eux, *« Oui et bien la première chose c'est que l'on passe beaucoup de temps au travail dans notre vie, une personne bien au travail est une personne plus performante. Si l'on arrive avec l'anxiété du travail ou la peur ou la peur des relations avec ses collègues, on va avoir la sensation de faire un mauvais travail, sans doute moins performant, avec un risque d'accident du travail ».* L'optimisation des organisations est prioritaire d'après eux, car on est *« dans une gestion du faire »* Pour

autant, ils considèrent que qualité des soins et QVT sont liés, « *quand on travaille avec l'équipe on voit bien qu'ils sont toujours force de proposition pour améliorer les organisations. Ils ne viennent jamais pour casser le travail ils ont envie de bien faire et ça permet d'ailleurs de travailler sur le risque avec eux, s'ils se sentent mieux ils seront plus efficaces et ils vont optimiser.*» Le management du terrain s'adapte aux contraintes quotidiennes mais le plus difficiles pour eux ce sont parfois les « *les injonctions paradoxales, le manque de visibilité. On a besoin de faire confiance* ».

Les CSS, comme le CGS, sont convaincus que si les cadres sont en phase avec les demandes institutionnelles, impliqués dans les projets, avec beaucoup d'accompagnement et de communication, la qualité de vie au travail est possible. Pour ce faire, ils considèrent que le management, les cadres doit être créatif, innovant car les idées partent du terrain, « *tout part du foisonnement à partir des échanges* ». Alors sur avis du CGS, le CSS M a organisé des temps de réunions avec les cadres du pôle en deux temps : un volet RH et un volet « *démarche qualité* ». Pour elle, c'est un levier pour impliquer les CDS dans les projets et ainsi les dynamiser. En effet, face à leurs difficultés d'équipes, de pratiques, de soins elle leur propose ce levier : « *ça serait bien de faire une EPP, ou des retours d'expériences, je pense que la qualité ça amène à plein d'opportunités pour réfléchir sur tous les domaines* ».

Malgré une conscientisation du besoin et des effets de la QVT sur la qualité des soins par l'ensemble des interviewés, tous regrettent le manque d'une formalisation claire d'une politique QVT, d'un projet managérial qui aurait d'après eux « *un impact certain sur la QVT, la qualité des soins et donc sur l'efficacité aussi* ».

Du point de vue des cadres de proximité, les attentes par rapport à l'encadrement supérieur sont formulées selon trois axes. Ils attendent de leur CP les orientations stratégiques de l'établissement et de faire le lien avec l'équipe de direction : « *parfois les lignes directives sont floues et il est difficile d'impulser quand pour nous même rien n'est clair* ». Ils attendent également des objectifs simples réalisables, mesurables. « *Aujourd'hui ce qui nous manque ce sont des objectifs, ça permettrait effectivement de dire qu'est-ce qu'on attend réellement des équipes par rapport aux soins ...* » dit le CDS H. Pour le CDS P, « *En tant que cadre j'attends un accompagnement fin je n'ai pas envie que l'on me tienne la main mais voilà qu'on soit plus à l'écoute des difficultés du terrain et que l'on puisse se poser et répondre à nos questions je dirais la même façon que moi j'essaie de me rendre disponible auprès de l'équipe*». Les informations n'arrivent pas forcément, les CDS estiment que de passer de réunion en réunion, d'injonction en injonction, la communication n'est plus aussi efficace. Concernant le Directeur de soins, les attentes exprimées par les cadres de santé sont précises et consensuelles. Ils attendent une « *vision politique et stratégique des orientations de l'établissement* ». Sa vision transversale doit lui permettre « *d'assurer le lien entre les différents acteurs de l'établissement* ». Ils attendent aussi, un projet managérial, qui

aujourd'hui n'existe pas dans l'établissement puisque le PE est en cours d'élaboration, « *chacun fait comme il peut, même si on sait que le CGS s'appuie sur le projet de soins du GHT* ». Ce projet de soins, qui au-delà de l'obligation réglementaire, constitue un levier managérial pour le CGS au niveau du CH, pour mobiliser l'encadrement et les professionnels, pour opérationnaliser les orientations stratégiques et pour donner du sens aux changements. Selon le CGS, « *Il a pour effets et bénéfices d'optimiser la performance collective et les résultats.* »

Les valeurs sur lesquelles s'appuient les cadres sont « *principalement la qualité des soins et avoir une QVT correcte pour elle et ses équipes* » Ils croient beaucoup à la notion de négociation, de partages d'information, de sens donné au projet « *ce qui permet l'adhésion plus facilement* » Selon eux, la communication permet de donner du sens aux demandes que la direction peut faire, y compris au niveau économique même si pour eux c'est « *un contre sens que de parler de coût en santé* ». Dans leurs perceptions, les cadres commencent à être sensibilisés à cette notion et constatent que les missions des cadres ont beaucoup changées ces dernières années. Les cadres parlent « *d'efficience* », « *de qualité des soins* » mais ne font pas forcément le lien avec la performance générale de l'établissement. Pour d'autres cadres, les valeurs s'appuient sur des aspects relationnels. Pour le CDS BA, « *Alors je dirai le respect de chacun, patient, résident ou le personnel, leur permettre d'être partie prenante avec une adhésion de l'équipe mais surtout ce qui est important c'est d'avoir les informations, communiquer* ».

2.4.7 De la conception de la performance des cadres à la performance organisationnelle

La performance est un terme qui, selon le CSS C est mal perçu à l'hôpital, car il est associé à la compétition, « *être le plus haut, le meilleur* ». Selon lui, la performance permet une adéquation entre la qualité des soins et l'optimisation des moyens. Elle passe par les différents niveaux du management, de la direction jusqu'aux cadres auprès de leurs équipes. Elle insiste sur le besoin de « *lien entre les acteurs par une communication adaptée.* » Néanmoins, concernant la communication, il existe parfois des écarts « *dans la communication c'est parfois difficile d'avoir un message qui suit bien qui marche de bas en haut et de haut vers le bas* ». Pour les cadres de santé, agir sur la performance, c'est évaluer leur travail en leur fixant des objectifs et identifier leurs besoins, c'est le dialogue, l'écoute, l'observation mais c'est aussi l'environnement et les facteurs institutionnels comme la politique managériale. Pour d'autres cadres, la notion de performance doit être adaptée au contexte car elle peut avoir plusieurs conceptions. Dans le contexte hospitalier « *c'est vraiment être au plus près des besoins des patients quel que soit le secteur d'activité tout en favorisant le développement de l'établissement* ». Il y a la notion de qualité, de recherche d'équilibre, d'optimisation des ressources dans un contexte économique

contraint. *« On ne peut pas regarder que les besoins qu'on a, il faut regarder aussi les ressources et comment on les utilise c'est-à-dire la bonne utilisation des ressources pour un maximum de qualité en sachant qu'il faut balancer les deux ».*

La performance correspond pour le CSS M de la *« performance purement économique »* et malgré les injonctions des tutelles, elle considère que ce n'est pas le *« bon chemin »*. Pour tendre vers la performance, il faudrait d'après elle poser des objectifs, donner du sens aux actions et aux demandes auprès des cadres et des équipes. Ainsi, concernant la performance des cadres, il s'agit *« d'adapter une communication, la pédagogie, d'accompagner, et de repérer les leaders»*. Le CDS A, lui, explique *« la performance en milieu de soins pour moi c'est atteindre les objectifs qu'on se fixe mais basé sur quoi ? C'est vraiment une difficulté de compréhension pour moi... En même temps, on est dans un système ou je ne suis pas sûre qu'on nous pose des objectifs. »* Puis au fil de l'entretien, il considère que la performance à l'hôpital est associée à l'amélioration constante des pratiques en termes de qualité des soins.

Pour d'autres cadres, la performance, *« c'est atteindre les objectifs fixés. Ce sont des objectifs fixés pour les prises en soins, fixés par l'équipe parce que c'est ce qu'ils attendent de l'encadrement, de la hiérarchie pour les accompagner, pour leur assurer la sécurité. Et il y a les objectifs de direction de l'hôpital, pour qu'il puisse être viable, il a des objectifs budgétaires à tenir mais qu'on ne connaît pas toujours »*. Ce qu'avance certains cadres, c'est l'absence de lisibilité de la déclinaison des objectifs par la direction : *« parce qu'on a parfois cette information de manière assez généraliste, et on n'a pas de projet d'établissement ça manque je pense clairement. Le projet de soin, il est en cours de refonte puisque il date de 2011 et on n'a pas aujourd'hui d'objectifs réels. Je compare au fait que je participe à la commission de soins du GHT où là on a fait un projet de soins, on a les objectifs, on a les lignes directrices ... en tout cas pour moi c'est beaucoup plus facile de se projeter voir le travail à accomplir avec le groupe de travail. »* Pour un des cadres, la performance c'est l'aspect *« récompense »* en lien avec l'amélioration des conditions de travail mais également l'aspect communication pour *« réexpliquer les choses, car parfois entre la réalité et ce qui est demandé via les exigences institutionnelles il y a toujours la faille de San Andréas »*. Sa conception de la performance elle n'arrive pas à la décrire *« j'ai l'impression de repeindre une porte au coton tige »*.

Concernant la conception de la performance que peut avoir le CGS, le CSS C *« a une idée à travers leurs échanges, mais la performance n'a jamais été parlé en ces termes-là »* Il s'agit avant tout de propos autour du *« souci de la qualité des soins, du service rendu au patient, d'optimiser les effectifs dans un contexte de contraintes budgétaires. »*

Tous les interviewés s'accordent pour positionner la qualité des soins au centre des préoccupations, dans l'objectif d'atteindre la satisfaction du patient. Pour autant, un

environnement favorisant « les ressources psycho sociales⁷⁷ » pour une qualité de vie au travail, semble indispensable pour atteindre la performance. L'encadrement de proximité souligne avec pertinence leur besoin de communication managériale, de soutien par la direction et plus particulièrement par la direction des soins. Ils réclament, pour leurs pratiques, des lignes directrices avec des objectifs clairement posés et une vision partagée. De plus, une écoute concernant leurs conditions de travail au quotidien et sur celles des équipes est demandée par les cadres et les soignants.

2.4.8 Principes clés mis en évidence

Un des principes fondamentaux mis en évidence pour mener des réorganisations est **l'implication** soutenue de l'équipe de direction des établissements de santé dans toute démarche d'amélioration de la QVT. Un autre principe prépondérant pour toutes les personnes interviewées concerne la qualité et la sécurité des soins, perçue comme une attendue incontournable, et particulièrement pour le CGS. Les CSS et le CGS expliquent, il faut « *échanger sur la conception de la qualité, trouver des compromis* ». Il y a toujours un aspect institutionnel dans le travail c'est-à-dire les attendus, les objectifs et dans un second temps les cadres se saisissent du thème pour « *le penser, le partager avec les équipes* ». Le CDS H explique, « *l'activité du cadre c'est aussi s'intéresser au travail fait sur le terrain pour une qualité et sécurité des soins* ». Il semble donc important de présenter les projets de réorganisation à partir de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. « *L'amélioration de la qualité de vie de travail passe par le maintien d'une prise en charge de qualité du patient* » Dans ce contexte, l'amélioration des conditions de travail doit être optimale pour accompagner les professionnels sur les évolutions du contexte hospitalier.

L'autre élément majeur cité par tous les interviewés est la communication. Ils sont persuadés qu'elle est une clé de la réussite lors de tout projet : « *c'est permettre d'avoir un libre échange sur des temps définis pour parler et partager les points de vue de chacun* » même si elle est parfois considérée « *comme une prise de risque* » par les décideurs. La communication⁷⁸ donne le sens dans l'organisation du travail, encadre efficacement l'activité managériale, et de légitimé l'institution, ses actions et ses acteurs. Dans la stratégie managériale ce qui semble important c'est de travailler avec les équipes de les associer aux réflexions, aux échanges. Selon le CSS M, « *le rôle du cadre c'est de faire redescendre les injonctions incontournables* ». « *Avec les cadres on fixe les objectifs on explique le sens du projet pour qu'ils puissent travailler avec les équipes* ». Depuis 2 ans, il y a eu, à chaque changement dans les organisations, le sentiment d'un réel soutien

⁷⁷ CRISTOFALO P., DARIEL O., QVT, *quelles initiatives et quels dispositifs pour soutenir des démarches d'amélioration de la QVT*, Cours EHESP, septembre 2020

⁷⁸ PARENT B, *Communication Stratégique*, Cours EHESP, Juillet 2020

et accompagnement de la direction de soins : « *C'est vraiment un soutien très important chaque fois que je rencontre des difficultés* ».

D'autres principes sont également évoqués comme la collaboration et le lien entre les différents acteurs concernés par le projet jusqu'aux représentants du personnel. Selon les CDS, « *forcement selon le niveau de stratégie, les points de vue ne sont pas les mêmes pour l'établissement, les cadres ou les équipes* ». Travailler avec les OS permet, comme le précise la DRH, « *d'apaiser le climat social et de lever les oppositions une fois que le projet débutera la mise en œuvre* ». Les cadres parlent de « *paix sociale pour le bien-être de tous* ». Les transformations continues nécessitent de la part des cadres de santé une adaptation de leur posture et de leur positionnement afin de conduire les équipes dans la réalisation des projets. Ils sont le premier niveau hiérarchique des équipes de soins qu'ils dirigent, animent et gèrent. La notion de proximité à l'équipe, caractérise leur exercice avec un management opérationnel et d'actions attendues : « *le manager agit et fait agir, il sait faire, fait et fait faire*⁷⁹ ». Il est l'interlocuteur de premier niveau des patients et de leur famille, des équipes soignantes et des équipes de direction.

L'autre principe selon le CGS, est la dynamique managériale qui doit être cohérente et constructive articulée autour d'un triptyque : stratégie, organisation et relations. Le CGS doit s'appuyer sur des leviers comme la coordination des actions en renforçant la pluridisciplinarité et la prise de décision au plus près du terrain, développer une politique de communication managériale et favoriser le développement des connaissances et des compétences. Les cadres de pôles sont les acteurs légitimés de l'institution, à qui revient la gestion et l'animation de l'équipe de cadres de proximité. Ces derniers sont cadre de santé d'une ou plusieurs unités, porteurs de projets et capables d'opérationnaliser les choix stratégiques de la direction. La proximité devient un facteur essentiel de ce qui se passe sur le terrain et le cadre devient le premier relais pour les décideurs du pôle.

Dans les valeurs attendues par le CGS, il est également mis en évidence la loyauté et la confiance des cadres, nécessaires à la mise en œuvre de projet de restructuration. Il y a donc un lien établi entre le positionnement de l'encadrement et la direction des soins.

Enfin, la performance du système de santé est de plus en plus liée à l'organisation du travail et la notion de QVT n'apparaît pas spontanément dans le discours des « décideurs ». Elle est beaucoup plus prégnante dans le discours des cadres qui abordent régulièrement les conditions de travail des professionnels. L'organisation du travail est avant tout une affaire de management, c'est-à-dire « *une activité humaine et sociale visant à stimuler les comportements, à animer des équipes et des groupes, à développer les structures organisationnelles et à conduire les activités d'une organisation en vue d'atteindre un certain niveau de performance*⁸⁰ ». L'ensemble des cadres plébiscite le management

⁷⁹ CHABERT R., Les fiches outils du manager, Groupe Eyrolles, 2011, 336 p.

⁸⁰ PLANE J-M, *Managements des organisations*, Edition Dunod, 2019, 315p

participatif avec forcément du directif à certains moments parce que il faut, d'après eux, aussi avoir des principes pour la qualité des soins.

Chaque acteur lors d'un changement a, selon sa fonction, un niveau d'attente. Il ne peut y avoir de collaboration et d'adhésion aux changements sans une communication, ni de qualité des soins sans qualité de vie au travail. La performance est associée à un management stratégique et opérationnel adapté. A ce stade, nous pouvons envisager la confrontation de l'analyse aux sous questions de départ et en déduire des éléments de transférabilité dans notre futur métier de directeur des soins.

2.5 La confrontation de l'analyse aux sous questions de départ

Notre questionnement de départ était : « Dans un contexte de contraintes budgétaires, en quoi le management du DS par la QVT, influe sur la performance des cadres de santé ? », et nous a conduits à formuler quatre sous questions autour d'une question principale. Au regard du cadre théorique et de l'analyse des entretiens, nous pensons pouvoir répondre aux sous questions.

2.5.1 Discussion

La gestion des équipes est confrontée à trois évolutions majeures, à savoir la mutualisation des moyens et des compétences au sein d'un pôle ou hors pôle, l'adaptation des effectifs et de pratiques professionnelles liée aux évolutions de l'activité et enfin l'adaptation aux exigences de soins, aux attentes des usagers dans un environnement contraint. Pour essayer de comprendre si le management du DS par la QVT influe sur la performance des cadres de santé, nous explorerons les sous questions suivantes :

En quoi le DS, membre de l'équipe de direction, contribue à l'élaboration d'une politique QVT au sein de l'institution ?

En effet, le Directeur des soins occupe une place stratégique au sein de l'équipe de direction, clairement identifié par le DG et le DRH. En charge et responsable de la qualité et de la sécurité des soins, le CGS est garant de l'amélioration des conditions de travail des professionnels. C'est à ce titre, que le CGS s'engagera au travers de l'actualisation du projet d'établissement et ainsi, contribuera à l'élaboration de la politique QVT institutionnelle. Cette participation lui permettra de consolider la dynamique QVT vers l'encadrement, déjà amorcé au travers du projet de soins partagé. Le mal être ressenti par les cadres de proximité positionnés au cœur du système, au plus près des producteurs de soins est lié aux changements, aux restructurations qui semblent complexes et perpétuelles. Contribuer à la mise en œuvre de ressources psycho sociales au travers d'une politique QVT permet de s'inscrire dans une démarche de prévention des RPS, de

construire un dialogue social et de « penser » autrement les projets d'organisations. La prévention des RPS permet en effet d'évaluer les conditions de travail, de partager une culture commune du travail, de rechercher une efficacité, un bien être des équipes et d'améliorer la perception ressentie de la QVT.

Le cadre conceptuel conforte l'idée qu'il est important de « *soigner le travail* » et la réalité du terrain, nous montre que les pilotes DG, DRH, CGS, font preuve d'un management participatif « intégré ». Il y a donc une cohérence avec les éléments formalisés et le vécu sur le terrain. Pour atteindre la performance, il est nécessaire de communiquer sur la politique de prévention des risques, ce que met en œuvre le CGS. Ainsi la démarche permet aux acteurs de s'intéresser au contenu du travail des cadres de santé, de connaître leurs ressentis, leurs vécus, leurs difficultés et les « *ressources psycho sociales nécessaires pour réfléchir à la composante collective et aux dimensions objectives qui structurent la perception de la QVT pour les cadres*⁸¹ ». Pour le CGS, contribuer à l'élaboration d'une politique QVT est une stratégie et une opportunité pour concilier QVT et performance. In fine cela assure une qualité et sécurité des soins, efficacité et satisfaction des usagers et des professionnels. Ces éléments se retrouvent à travers ses dires.

Nous pouvons donc confirmer à partir de l'étude de terrain, le grand intérêt du CGS à participer à l'élaboration d'une politique QVT.

En quoi le management du DS influe sur celui le management des cadres de santé vis-à-vis de leurs équipes ?

Nous avons vu que les écarts entre projet individuel et projet institutionnel peuvent induire de l'insatisfaction. L'être humain a accès aux représentations du futur et a besoin d'inscrire son action dans le cadre de cette représentation, en situant son action dans le projet. Chaque acteur interviewé a parlé de l'importance de la communication organisationnelle qui donne le sens en précisant les objectifs de l'action collective, de définir et partager les référentiels de l'action. Les cadres de santé sont demandeurs d'un sens comme direction à suivre. C'est dans un environnement vécu comme de plus en plus difficile que le CGS coordonne les organisations hospitalières en optimisant les moyens et les ressources.

Au regard des enjeux, l'encadrement représente le relais de la direction des soins pour la mise en œuvre des nouvelles organisations. Pour cela, le CGS identifie les compétences, les leaders capables d'impulser les équipes soignantes vers des objectifs partagés, moteur d'efficacité. L'encadrement doit à son tour avoir un management adapté pour convaincre, redonner la confiance réciproque reçue du DS, accompagner, et atteindre les objectifs fixés. Le CGS a un rôle d'accompagnement auprès des cadres de santé, d'écoute et de communication. La qualité de vie au travail est associée au respect, à la confiance, à la

⁸¹ CRISTOFALO P., DARIEL O., QVT, *quelles initiatives et quels dispositifs pour soutenir des démarches d'amélioration de la QVT*, Cours EHESP, septembre 2020

loyauté et à la reconnaissance, ce qui souligne l'importance du savoir-être et du rôle du manager. Ce dernier est garant du maintien du cercle vertueux qui met la QVT au service de la performance individuelle et collective. Le CGS repère la maturité de l'équipe managériale facilitant l'appréhension des changements organisationnels. En effet, il pilote, coordonne en collaboration active avec l'encadrement supérieur et de proximité. Il est le maître d'œuvre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe d'encadrement. Les fédérer autour d'un projet axé sur des orientations stratégiques favorise un collectif. L'enjeu était de mobiliser et de communiquer avec l'ensemble des acteurs pour aider les cadres à se positionner et à mieux vivre les changements en cohérence avec les attentes institutionnelles et celles des professionnelles de santé.

Donc, dans l'étude de terrain, le management du DS influe sur le management des cadres de telles manières que les cadres reproduisent le mode managérial qu'ils reçoivent, c'est à dire participatif et bienveillant. Le management par la QVT du CGS est appliqué pour la plupart des cadres auprès de leurs équipes.

En quoi la conception managériale du cadre influe sur sa gestion des ressources humaines ?

Au travers des entretiens, la conception managériale du cadre de santé s'appuie essentiellement sur les valeurs humaines. C'est par un management participatif que repose leur conception pour accompagner les équipes aux changements. Selon le contexte, certains sont aussi dans un management directif, notamment lorsqu'il s'agit de faire respecter la réglementation en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Tous les cadres considèrent que « *le cadre doit montrer l'exemple* », il doit respecter l'autre, être à l'écoute, disponible, dans la proximité, avoir des compétences relationnelles réelles et bienveillantes et dans la communication. Les ressources humaines œuvrent de façon individuelle et collective afin d'assurer une prise en soin de qualité et assurer une satisfaction de l'utilisateur. Le management « agile » du cadre permet d'établir la confiance réciproque, nécessaire, pour accompagner les équipes aux changements et ainsi aboutir à la performance.

Donc, selon l'étude de terrain, la conception managériale du cadre influe sur sa gestion des ressources humaines se manifestant par la mise en œuvre d'un management participatif, d'espaces de partages et d'échanges entre les différents acteurs. Les CDS s'attachent à prendre en compte le facteur humain, dans toutes ces approches QVT, afin de réduire au mieux, l'écart entre travail prescrit et travail réel.

En quoi la représentation de la performance du cadre influe sur le management de son équipe ?

Chaque cadre de santé a une représentation de la performance qui lui est subjective et singulière. Pour certains, associer le terme performance aux soins est un contre-sens

lorsqu'on prend en charge la santé d'un être humain. Pour d'autres, la notion de performance est associée au simple aspect économique, sans tenir compte de la notion de la qualité des soins ou de la qualité des conditions de travail des professionnels. Les représentations de la performance s'appuient donc souvent sur l'aspect optimisation des moyens et des ressources en premier lieu, omettant l'aspect QVT. C'est pourquoi la performance organisationnelle a besoin d'être co-construite à la fois pour atteindre l'optimisation souhaitée des organisations mais aussi favoriser le bien-être au travail.

Selon l'étude de terrain, la représentation de la performance du cadre influe sur le management de son équipe. Un besoin d'analyse de pratiques managériales est manifesté afin de parvenir à un compromis équilibré entre les logiques gestionnaire, organisationnelle et sociale. Cette recherche d'équilibre se construit à travers une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ces dimensions (organisation, contenu, conditions et évaluations). Le lien démontré entre QVT et qualité des soins est un enjeu majeur. C'est à partir d'une articulation médico-soignante étayée par celle du CGS que la performance de l'encadrement est assurée.

A partir de l'enquête de terrain et de son analyse nous pouvons faire des liens et apporter des éléments de réponses à la problématique posée ainsi qu'à ses sous questions. Cette démarche, nous permet d'envisager des axes de préconisations possibles à mettre en œuvre en faveur de la QVT des cadres de santé aux bénéfices de la qualité de soins, de l'efficacité et donc de la performance.

3 Promouvoir la QVT en établissement de santé, un levier pour le directeur des soins

Le directeur des soins, en tant que CGS, contribue à la chaîne décisionnelle stratégique et opérationnelle : au niveau décisionnel, comme stratège, au niveau opérationnel, comme expert et enfin comme stratège et expert en tant que président de la CSIRMT et responsable du projet de soin. Membre de l'équipe de direction, il participe à tous les sujets, par sa compréhension des enjeux et par l'anticipation des conséquences des décisions sur le fonctionnement de l'établissement. Il est ainsi en mesure d'éclairer l'équipe de direction dans ses choix et ses orientations stratégiques. Sa place comme membre de droit au directoire, lui permet d'avoir une contribution stratégique dans l'élaboration et la mise en œuvre des décisions institutionnelles, notamment le projet d'établissement.

Le DS gère et anime l'encadrement de proximité. En collaboration avec le DRH, il inscrit le projet de management de l'encadrement dans le projet managérial de l'établissement.

Dans son rôle spécifique, il participe aux remontées des informations de terrain, par l'encadrement notamment, et par sa vision soins/organisations et soins/relation

interprofessionnelles. Enfin il concourt aussi à la définition de plans d'actions dans son champ de responsabilité propre ou partagé. Il pilote la coordination des soins et organise, entre autres, les missions de l'encadrement soignant afin d'assurer le relais et la mise en œuvre des orientations de l'établissement, l'information et la communication ascendante et descendante. Il structure la collaboration avec l'encadrement supérieur.

L'éclairage théorique, la prise en compte des résultats de notre enquête associée à nos expériences professionnelles, nous permettent de formaliser trois axes d'actions s'articulant autour du rôle managérial du DS pour une QVT des cadres de santé et une performance organisationnelle. Pour cela, nous proposons tout d'abord de promouvoir la QVT comme un enjeu institutionnel et devant être porté par l'ensemble des acteurs. Puis nous proposerons, en tant que DS, de mettre en œuvre une démarche QVT vis-à-vis des cadres de santé et de son appropriation. Enfin, compte tenu du contexte de changement permanent dans les établissements de santé, nous proposerons de faire de la communication stratégique un levier indispensable pour rendre les nouvelles organisations durables.

3.1 Participer à l'inscription de la QVT dans les orientations stratégiques

Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif et implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. La HAS prône une politique QVT inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et portée par le management, au travers du projet social, volet du projet d'établissement. Une politique concernant les valeurs de l'établissement y sont définies en fonction de l'activité et du contexte de l'établissement, de façon à donner sens dans l'activité de tous, ainsi que pour la gestion des restructurations et l'accompagnement du changement. Ainsi, c'est dans le projet d'établissement⁸², que les directions inscrivent leurs orientations pour une prise en compte de la QVT. En effet, il permet de positionner l'établissement dans son environnement institutionnel et d'indiquer les orientations et objectifs.

Le positionnement du DS lui permet de participer à la définition de la politique d'établissement qui préserve la qualité des soins, la QVT des professionnels et l'efficience. Afin de convaincre ou renforcer l'orientation politique de l'établissement de santé vers la QVT, nous proposons de nous appuyer sur la démarche de certification. En effet, la QVT est un des axes d'évaluation de la HAS. Comme nous l'avons évoqué la QVT est en lien avec la qualité des soins. Ainsi impulser une démarche QVT autour de groupes de travail sur des thématiques « qualité » permet d'agir comme l'indique la HAS, à la fois pour la

⁸² Loi HPST, Hôpital, Patient, Santé et Territoire, du 21 juillet 2009

santé du personnel au travail, aux bénéfices de la qualité et la sécurité des soins et de l'efficacité de l'établissement.

3.1.1 Développer les collaborations pour mettre en œuvre une politique en faveur de la QVT au sein de l'établissement

Mettre en œuvre une politique QVT, nécessite une volonté politique clairement exprimée, mais aussi une capacité « agile » à expérimenter des décisions et à réajuster si besoin après une évaluation des dispositifs. Mais au-delà de la vision partagée, c'est surtout un portage effectif par l'équipe de direction. C'est dans ce contexte que la collaboration avec le DG, le DRH et le PCME est essentielle. La collaboration entre le DRH, (versant Projet social⁸³) et le DS (versant projet de soins), permet de co-construire une cohérence de l'ensemble pour une satisfaction au travail des professionnels et ainsi atteindre les résultats attendus en termes de qualité et sécurité des soins. Le DS peut alors s'appuyer sur l'affirmation des valeurs du projet social et du projet de soin. Ils sont ainsi, un vecteur de communication vis-à-vis des professionnels, des usagers et des autorités.

Les professionnels constituent la principale force d'un établissement au service de la performance, la GRH doit donc répondre à cet objectif dans un souci d'excellence. C'est également en collaboration avec les partenaires sociaux que les négociations ont lieu, notamment au sujet de la santé et des conditions de travail. Il nous semble important de réaliser une cartographie des risques afin d'établir un « diagnostic », qui pourrait servir de base d'échanges et de travail avec les différents acteurs impliqués (DG, PCME, partenaires sociaux, CHSCT, service de santé au travail). Comme analysé lors de l'enquête, les professionnels mettent en avant le fait que l'institution priorise l'optimisation des organisations à la QVT. C'est donc le facteur humain dans son environnement de travail qui est à prendre en compte aujourd'hui. Il nous semble important d'inclure la performance psychosociale, synonyme de dynamique d'équipe et de bien-être au travail. On peut envisager, en accord avec le projet managérial, énoncé dans le projet social, d'inclure les principes et valeurs pour attester de la qualité de la gestion des ressources humaines. Cet axe pourra s'opérationnaliser par une réflexion collective autour de l'élaboration d'une charte des valeurs managériales au sein de l'institution.

Au regard de ces éléments, le DS contribue et s'assure d'une politique institutionnelle partagée, soutenue par la direction, pour redonner du sens, permet à chaque acteur d'avoir une « vision claire, un cap » et de favoriser un sentiment de sécurité pour les professionnels. Cette politique sera présentée en instance notamment en CME, appuyée par le PCME, acteur incontournable pour l'adhésion médicale. Nous pouvons donc proposer en tant que DS dans son rôle managérial :

⁸³ Loi HPST, Hôpital, Patient, Santé et Territoire, du 21 juillet 2009

✓ D'impulser la démarche QVT auprès de l'encadrement pour une organisation salutogénique⁸⁴. Grâce à une vision managériale globale de ces problématiques, l'accompagnement managérial peut être à la hauteur pour répondre à l'enjeu de performance organisationnelle et de santé des professionnels.

✓ De repérer la maturité de l'équipe managériale qui grâce à ses compétences et à son expertise facilitent l'appréhension lors des changements organisationnels, Dans la déclinaison du projet d'établissement et du projet médico-soignant, le DS s'appuie sur les compétences de ses collaborateurs et les associe pour une mise en œuvre efficace et efficiente de la restructuration.

✓ D'animer l'équipe de l'encadrement car travailler ensemble autour d'un projet renforce la collaboration entre la coordination générale des soins et l'encadrement, libère les énergies, la créativité, la capacité d'innovation des collaborateurs. L'enjeu est d'identifier de nouvelles capacités d'action en appréhendant la QVT comme un moyen de réinterroger l'organisation et permet d'affirmer qu'à un sentiment de « travail bien fait » correspond un sentiment de qualité de vie au travail et donc une perception positive du travail.

3.1.2 Instituer un projet de management transversal et décloisonné participant à la QVT de l'encadrement

C'est au travers de la formalisation du projet managérial que le DS contribue à la mobilisation pour une politique managériale partagée. En effet, si on s'appuie sur le Rapport COUTY qui vise au renforcement de la place de l'encadrement, il préconise une lisibilité du rôle des cadres par la définition du projet managérial : « *chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement qui précise les missions qui lui sont confiées et structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en œuvre des objectifs de l'établissement* ». Le projet managérial, instrument de pilotage met en cohérence les valeurs et les pratiques de management au sein de l'établissement de santé. Il a pour bénéfices d'optimiser la performance collective et les résultats. L'intérêt d'un projet managérial se situe autour de la construction avec les cadres d'un dispositif leur permettant d'occuper une place déterminante, voire innovante, dans l'organisation. Cela permet également, pour ce qui concerne les cadres soignants, de définir les attentes des uns vis à vis de chacun des acteurs de la direction des soins (CDS/CP/DS). Il est aussi élaboré à partir des échanges avec le PCME, le directeur qualité et les représentants du personnel. Parmi les enjeux identifiés, on trouve le soutien du projet stratégique, la mobilisation et la fédération des performances humaines, économiques et de qualité autour d'une réflexion d'ensemble sur leur traduction opérationnelle ; l'accompagnement au changement dans les organisations et enfin la conciliation entre épanouissement et performance. A partir de

⁸⁴ CRISTOFALO P., DARIEL O., QVT, *quelles initiatives et quels dispositifs pour soutenir des démarches d'amélioration de la QVT*, Cours EHESP, septembre 2020

l'élaboration d'un projet managérial, les cadres retrouvent du sens au travail et la motivation, le sentiment d'engagement, la fierté d'être acteur des actions. L'ensemble de ces éléments influent sur la perception de la QVT des cadres de santé.

Concernant les résultats, là aussi il est préconisé d'analyser, de mesurer pour porter des organisations performantes et durables. Il convient de prévoir avec l'ensemble des acteurs, dont le directeur qualité, des indicateurs de mesures pertinents, qui sont, selon les interviewés, source de motivation et d'engagement dans la démarche. C'est pourquoi le DS en collaboration avec le DRH coordonne la mise en place d'outils pensés avec l'encadrement. Les tableaux de bord renseignés, suivis et analysés seront un outil utile pour l'évaluation. Les résultats des mesures permettent au DS, de partager et valoriser les organisations à l'ensemble de l'institution pour continuer de s'adapter aux transformations. Dans sa mise en œuvre opérationnelle, nous proposons un travail DS/CSS sur les indicateurs de soins, médico-économiques, en permettant d'associer les cadres de santé à la lecture des tableaux de bord des pôles.

3.1.3 Le projet de soin, un levier au service de la QVT

Le DS « *élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soin, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité⁸⁵* » Le projet de soins répond à des impératifs d'abord sociétaux pour répondre aux besoins et aux attentes de la population accueillie ; puis professionnels, puisque la définition du sens commun est primordial et déterminante à l'exercice de chacun au sein d'un établissement. Ainsi, le projet de soin définit la politique de soins participant à la mise en œuvre de pratiques professionnelles évolutives. Sa présentation aux instances, dont la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est un moyen de communiquer sur la politique institutionnelle dans le cadre des projets de changements à venir. Le directeur des soins contribue aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leurs mises en œuvre. Ainsi, le DS participe à l'évolution des organisations avec les acteurs de terrain, soutenue par la Direction.

3.2 Développer le management par la QVT des cadres pour une performance organisationnelle

Comme nous l'avons vu au travers des éléments conceptuels, l'amélioration de la qualité de vie au travail passe par un management équilibré, capable d'agir sur les charges de travail, sur la gestion des effectifs et sur les organisations de travail pour tendre vers la performance. Ainsi, développer le management par la QVT des cadres permettra de s'inscrire dans une démarche qui contribue à mieux les soutenir dans leur engagement au

⁸⁵ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des Directeurs des soins de la FPH

quotidien, notamment dans la réalisation de leur travail, en cas de confrontation à des difficultés, lors de survenue d'évènements indésirables, dans le cadre d'échanges sur l'activité de planification et d'organisation des temps de travail ou à l'occasion d'une restructuration de l'activité ou d'un changement. Dans ce contexte, le DS pourrait initier les échanges entre les équipes pour gagner leur confiance et réduire les « irritants », à partir d'espaces de discussions (REX, régulation, boîte à idées dans les unités favorisant des propositions propres à chaque service). L'approche de la QVT ne repose pas uniquement sur une analyse de risques mais sur le repérage des ressources, c'est-à-dire le repérage de bonnes pratiques, d'expériences positives, de marges de manœuvre possible. Un directeur des soins au leadership visionnaire suscitera la participation volontaire des personnes au regard des objectifs poursuivis. En effet, l'art du leadership réside dans la formulation d'une vision clairement structurée et simple à comprendre. L'essence même du leadership repose donc sur la combinaison complexe et personnelle de savoirs, savoir-faire et savoir être et relève de la capacité d'influence et de mobilisation des professionnels.

3.2.1 Le rôle du DS dans l'appropriation de la démarche QVT par les CDS

Les CDS occupent une place déterminante dans la mise en œuvre des projets de réorganisation. Au vu des liens entre la performance organisationnelle et la QVT, il est recommandé d'engager au plus tôt les cadres et les professionnels dans une démarche QVT. Le DS par ses missions et compétences organise les missions des autres membres de la direction des soins et il est responsable en matière de gestion du personnel soignant⁸⁶. Cette bi-appartenance lui permet d'être un traducteur de sens⁸⁷, un pédagogue qui explicite les décisions et identifie les intérêts professionnels, les obligations professionnelles à s'engager dans les démarches attendues.

Toutes les décisions et informations institutionnelles majeures sont accompagnées d'un management partagé. Rendre visible les enjeux stratégiques participe à la reconnaissance des personnes, à la définition de la contribution individuelle et collective des cadres. Pour le directeur de soins, promouvoir une démarche QVT a le mérite d'amener tous les acteurs de santé à penser leurs actions, dans le sens d'une œuvre collective à accomplir. Cette approche dépend de la manière dont le management s'adaptera aux besoins humains. Il s'agit pour le DS d'instaurer, en paroles et en actes, une coopération entre tous les acteurs de santé pour développer le maillage professionnel. L'implication des acteurs est souvent progressive dans l'appropriation des changements organisationnels et comme nous l'avons vu, le facteur humain influe sur le fonctionnement des organisations. Le DS doit laisser du temps à ces transformations, en laissant aux CDS le temps de s'approprier la démarche.

⁸⁶ Ministère de la Santé et des sports. (2010). *Référentiels métiers de Direction*. Presses de l'EHESP

⁸⁷ CALLON M., LASCOURMES P., & BARTHE Y. (2001). *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*. Seuil. p75-104

Permettre des partages, c'est instaurer des temps de rencontres au travers de réunions d'encadrement, soit avec l'ensemble des cadres mais aussi par pôle ou par service.

Le DS saura traduire, réguler pour anticiper, réajuster et favoriser un dialogue social avec les professionnels soit directement, soit par la retranscription des éléments par le cadre de pôles. Le management mis en place par le DS pour le développement de l'approche QVT contribue à soutenir l'expression des professionnels dans leur engagement au quotidien, dans le travail et à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle. Nous proposons la mise en place de conditions pour un climat social favorables à l'exercice des professionnels en contribuant à l'harmonisation des pratiques pour la gestion des plannings, le respect des cycles de travail et des pauses.

S'approprier la démarche QVT suppose de définir les objectifs, de proposer les modalités d'action et des outils mobilisables pour chacune des étapes de l'action. C'est une démarche adaptable à chaque situation, qui vise à la recherche de solutions pragmatiques et pertinentes. Le DS qui incite l'engagement dans le travail, favorise la capacité à s'exprimer et à agir. Les actions peuvent s'articuler autour d'analyses de pratiques professionnelles, de simulation de pratiques managériales, de soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance).

L'objectif pour le DS, réside dans l'acculturation de l'amélioration des conditions de travail et donc de prévention des risques. Pour cela, une sensibilisation active sur l'évaluation des risques est nécessaire, ainsi qu'un renforcement de formation. FOREST⁸⁸ indique que plus un manager adopte des comportements de gestion soutenant l'autonomie, plus il répond aux besoins psychologiques fondamentaux de ses collaborateurs. Il s'agit d'introduire des formes d'organisation du travail qui permettent une participation des acteurs dans l'organisation de leur travail afin de contribuer à un sentiment de QVT et d'amélioration de la qualité du travail produit. Il convient de responsabiliser l'encadrement en les rendant acteur de la démarche. Pour cela, le Directeur des soins doit proposer régulièrement aux cadres des espaces où ils peuvent exercer leur autonomie et leur responsabilité face aux difficultés rencontrées. Le DS peut alors avoir un rôle de leader transformationnel, c'est-à-dire, celui qui articule la vision de l'établissement pour motiver ses collaborateurs, qui assume le rôle de coach auprès de son personnel et qui encourage pour améliorer les processus et les innovations organisationnels.

Comme nous l'avons vu au cours de notre enquête, les CDS ont besoin de se sentir soutenu émotionnellement pour face aux bouleversements liés aux changements. La communication, le dialogue sont alors essentielles pour réduire les incertitudes et offrir une sécurité, d'autant plus qu'avec des explications, les CDS comprendront les enjeux de ces changements. Partager est indispensable, notamment sur la méthodologie utilisée, les

⁸⁸ FOREST J., et AL, *Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale*, Gestion, Vol. 35, N°3, p 20-26

difficultés et les réussites vécues. Les approches agiles pour la gestion de projet, définissent une culture cible (l'agilité) qui peut être une excellente réponse à la complexité, c'est un apprentissage par petits pas, une progression basée sur une succession d'échecs et de succès qui permet de réduire progressivement l'incertitude et les risques. Le DS doit être dans une écoute efficace, active comme décrite par Carl Rogers, c'est-à-dire être attentif à la totalité de la situation et faire preuve d'empathie. Il ne doit pas hésiter à utiliser la reformulation pour éviter les interprétations qui pourraient générer du stress ou un mal être chez le CDS. Le DS contribue ainsi à une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ses dimensions (organisation, contenu, conditions, résultats) permettant aux cadres de santé de s'approprier l'intérêt d'une démarche QVT aux multiples bienfaits pour la performance. Le DS accompagne ainsi le cadre de santé à être lui-même à son tour un « leader transformationnel ». Enfin, l'appropriation de la démarche QVT doit prendre en compte l'ensemble des acteurs de la direction des soins. Ainsi, le DS dans son management partagé devra s'assurer d'une appropriation de la démarche QVT par les cadres de pôles afin de partager, d'impulser à leur tour, la démarche QVT portée par la direction. Comme nous l'avons vu lors des entretiens cette dynamique crée une cohésion et permet de fédérer les équipes autour d'objectifs communs et ainsi développer le sentiment d'appartenance.

3.2.2 Promouvoir un management par le sens et la reconnaissance

L'encadrement joue un rôle essentiel dans l'accompagnement de la mise en œuvre des projets. Pour ce faire, il doit d'abord lui-même comprendre le sens du projet pour l'encourager à son tour aux équipes. Ainsi le DS s'appuie sur l'organisation du travail et explicite en permanence les buts collectifs au travers de rencontres ou de réunions, et établit des référentiels d'action et d'évaluation. La question de la gestion des ressources humaines par les cadres de santé est à prendre en considération. Tout d'abord, il est pertinent que le DS s'interroge sur les marges d'autonomie laissées aux cadres selon le principe de subsidiarité. En effet, le cadre de santé doit pouvoir répondre en partie aux difficultés des professionnels pour gagner en légitimité. Les cadres sont aujourd'hui confrontés à un système de plus en plus complexe et doivent assurer des organisations durables. Les cadres s'investissent s'ils sont valorisés pour leurs actions, et leur travail collaboratif. Le DS accompagnera l'intelligence collective et soutiendra les micro-innovations émergentes. Mais, il est aussi important de porter une attention particulière à la formation et à l'accompagnement des cadres de santé dans leurs activités de management, d'évaluation et de régulation. Dans un contexte de transformation permanente, le management à l'hôpital doit s'adapter. Ainsi, la formation des cadres sera une préoccupation pour le DS. Pour cela, il veillera à l'actualisation et l'acquisition de compétences, en collaboration avec le DRH. La reconnaissance au travail est une source

de motivation et influant sur l'épanouissement et le bien-être au travail. Le DS pourra par des actions de communication améliorer la reconnaissance des métiers et les missions des soignants (visite dans les services, articles dans le journal interne de l'établissement, journée « des réussites »).

3.3 Définir une communication stratégique

Comme nous l'avons vu la performance du système de santé est de plus en plus perçue comme liée à la question organisationnelle et managériale. Aujourd'hui, dans ce contexte la communication s'impose, celle qui va au-delà d'une conception réductrice sur la simple transmission d'informations. « *L'économie d'une situation de communication se trouve rarement dans les paroles elles-mêmes, mais dans les différents contextes de cette communication*⁸⁹ ».

3.3.1 Enjeux managériaux de la communication

Dans le fonctionnement des établissements de santé, l'enjeu de la communication est majeur et se situe à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau macro chez les « régulateurs » c'est-à-dire l'Etat, l'ARS, puis au niveau méso pour les directeurs et au niveau micro pour les cadres et les producteurs de soins. Il s'agit de se rapprocher de la proximité. Le lien entre le méso et le micro appartient au directeur des soins. Pour construire une communication stratégique, il doit comprendre les situations de travail. Ainsi, l'implication des professionnels dans les organisations et les projets nécessitent d'intégrer une politique de communication en tant que vecteur de sens, pouvant agir comme un levier managérial.

3.3.2 La communication managériale comme levier de performance pour le DS

Elle s'affiche comme une valeur stratégique et comme un véritable outil du management. De la prise de conscience à l'élaboration des premières actions, la communication managériale est au service de l'accompagnement dans le changement. Selon, Maurice IMBERT⁹⁰, « *la communication managériale est une fonction partagée entre les managers et les professionnels de la communication, car ce n'est pas le communicant qui porte les messages, mais bien la ligne managériale et en toute cohérence* ». Le directeur des soins par son positionnement stratégique, au niveau de l'équipe de direction, du directoire, a ce rôle de communiquant des orientations et de la politique de soins de l'établissement. Les cadres de santé seront ensuite « les diffuseurs » de messages. Leur implication s'avère indispensable pour faire comprendre et faire adhérer les équipes aux décisions stratégiques, que les professionnels considèrent souvent comme paradoxales, voire en contradiction avec leurs valeurs professionnelles. Ainsi, le DS s'assurera de l'engagement

⁸⁹ PARENT B., *Communication stratégique*, Enseignant EHESP, Cours juillet 2020

⁹⁰ IMBERT M., *La communication managériale, méthodes et bonnes pratiques*, Edition DUNOD, Mars 2015, 257 p.

des acteurs au travail et des conditions de travail. La communication managériale permettra la régulation et de faire cheminer de l'implication à l'engagement⁹¹. L'objet de la communication managériale est d'organiser un dialogue régulier entre les managers et leurs équipes autour des axes stratégiques pour favoriser l'appropriation et assurer une déclinaison opérationnelle. Il s'agira pour le DS d'élaborer ses messages à partir d'une information associée à une intention qui seront partagés lors de rencontres avec les cadres de santé autour de rendez-vous personnalisés ou collectifs, ou lors d'invitation un peu plus conviviale (temps de repas partagé, pause-café, goûter gourmand).

3.3.3 Inscrire la communication des managers dans les processus RH et animer la communauté managériale

Pour faire de la communication une mission fondamentale, il faut l'inscrire au cœur des processus et des actions de développement managérial. En effet, comme nous l'avons vu au travers des entretiens réalisés, tous ont évoqués le besoin de communiquer, au-delà du besoin d'informations, qui lui aussi est réel. Parce que la communication engage sur le plan personnel, elle requière un savoir-faire mais aussi des capacités d'écoute. Elle permet de créer du lien et de mobiliser l'ensemble des collaborateurs et représente un vecteur de cohésion entre managers et donc d'animation de sa communauté managériale.

La communication nécessite de concevoir des contenus pédagogiques adaptés aux attentes. Même si ce point s'est amélioré, les managers sont encore nombreux à considérer que l'information stratégique ne leur arrive pas toujours à temps et que celle-ci est souvent déconnectée de la réalité opérationnelle des services. Pour les cadres, lorsqu'il s'agit de communiquer sur des sujets sensibles et complexes, tels que des réorganisations, les managers ont besoin de disposer d'un temps d'avance et aussi d'éléments de contexte pour bien échanger avec leurs équipes. Il s'agit d'un enjeu fort de crédibilité et de responsabilisation des managers

⁹¹ PARENT B., *Communication stratégique*, Enseignant EHESP, Cours juillet 2020

Conclusion

Aujourd'hui, la Stratégie Nationale de Santé, détermine un cadre à l'action pour l'ensemble des acteurs et définit les orientations et les objectifs pour répondre aux multiples défis. Une large part de ce que nous avons à inventer revient aux acteurs de terrain qui jouent un rôle prépondérant pour accompagner le changement et adapter les organisations à ces nouveaux enjeux.

Les cadres de santé sont en première ligne pour voir et traduire le travail réel auprès du patient ou du résident. Leur position d'interface entre la stratégie de la direction et les équipes dans les unités des soins fait d'eux, une population susceptible d'être touchée par des risques psychosociaux.

Ainsi, ce travail de réflexion nous a permis de prendre conscience, de comprendre et de mesurer les liens qui existent entre la qualité de vie au travail et la performance. Les différents concepts explorés : la QVT, la performance, le management, ainsi que l'enquête de terrain, nous permettent de nous interroger sur nos pratiques quotidiennes et nous amènent un regard différent sur nos perspectives en tant que DS.

Notre enquête de terrain avait pour objectif de comprendre, en quoi le management du DS par la QVT influe sur la performance des CDS, sous tendues par des sous questions. Aussi, grâce au détour par une enquête dans un établissement de santé, nous avons mis en évidence la nécessaire implication, collaboration de l'équipe de direction dans l'impulsion d'une politique QVT et l'intérêt de prendre en compte le facteur humain au plus près des acteurs de terrain pour atteindre la performance

Nous avons alors proposé de positionner notre rôle de Directeur des soins dans l'élaboration d'une politique QVT au sein de l'institution, notre rôle managérial auprès des cadres de santé et le lien établi pour promouvoir la QVT comme levier de la performance. Aussi, nous avons identifié que la QVT des cadres de santé est dépendante de l'implication de la direction dans la définition d'une politique et de la mise en œuvre d'une démarche QVT. En effet, l'évaluation des difficultés du travail réel des cadres rencontrées au quotidien est ainsi améliorée par la QVT. De plus, l'engagement du directeur des soins dans une démarche favorisant la qualité de vie au travail des cadres de santé sera un véritable levier managérial pour impulser la performance. Il a un rôle dans l'appropriation de la démarche QVT par les cadres de santé et leur contribution à l'élaboration d'un projet managérial. Son expertise du terrain, lui donne l'avantage de comprendre les difficultés vécues par les cadres de santé. Il pourra ainsi encourager les initiatives telles que l'analyse des pratiques professionnelles ou la simulation des pratiques managériales.

Enfin, pour compléter ce travail de compréhension, nous pensons que le contexte actuel dans lequel s'exerce le travail des cadres de santé subira de nouvelles transformations, notamment dans le cadre de l'évolution des pratiques, des méthodes et des outils. Il

convient alors de s'interroger sur la mise en œuvre de ressources psycho sociales et pourquoi pas à travers des innovations en management types « déploiement du coaching collectif ou co-développement », ou du dispositif des rencontres courtes (adaptation hospitalière des stand-up meetings) qui font le pari de l'intelligence collective. Aussi, il sera intéressant d'observer dans les années à venir la poursuite de la modernisation de notre système de santé pour les français au travers des piliers définis dans les conclusions du Ségur de la Santé

Bibliographie

OUVRAGES

- ALTER N., Donner et prendre, la coopération en entreprise. La découverte, Coll., 2009
- AUTISSIER D., MOUTOT JM, JOHNSON K, L'innovation managériale, Edition Eyrolles, 2018
- BACHELARD O., Le bien-être au travail, pour un service public performant et bienveillant, Presses de l'EHESP, Rennes, 2017
- BENOIT C., Manager un établissement de santé, Edition Gereso, 2019
- BOURRET P., Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible, Paris, Éditions Séli Arslan; 2006
- BRESSY G., et C. KONKUYT, Management et économie des entreprises, Paris, Dalloz, 12ième Edition. 2018
- CHABERT R., les fiches outils du manager, Groupe Eyrolles, 2011
- CALLON M., LASCOUMES P., & BARTHE Y., *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*. Seuil, 2001
- LOUAZEL M., MOURRIER M. ET AL, Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé, Presse EHESP, 2018
- COLOMBAT P., ATMAYER A, et AL., Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie. Psycho Oncol, 2011
- DESSERPIT G, Cadre de santé en 17 notions, Edition DUNOD, 2016
- DRUCKER P., L'avenir du management, Editions LAMARRE, Paris, 2005
- HART J., LUCAS .S, Management hospitalier stratégies nouvelle des cadres, Edition LAMARRE, Paris, 2020
- IMBERT M., La communication managériale, méthodes et bonnes pratiques, Edition DUNOD, Mars 2015
- LORIOLE M, BOUSSARD V, CAROLY S. « Constructions du stress, psychologisation du social et rapport au public. Projet de recherche pour l'initiative recherche "Travail dans la fonction publique". Université de Paris 1; 2004
- LETEURTRE H., MALEA P., Performance et gouvernance hospitalière, Editions Berger Levrault, 2005
- Ministère de la Santé et des sports, Référentiels métiers de Direction. Presses de l'EHESP, 2010
- PETER T., WATERMAN R., *Le plus de l'excellence, le secret des meilleures entreprises*, Paris, Inter Editions, 1984
- PLANE J-M, *Managements des organisations*, Edition Dunod, 2019, 315p
- RAYNAL F., RIEUNIER A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, apprentissages, formation, psychologie cognitive*, EST Editeur, 6è édition, 2007
- SAINSAULIEU I., « *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital* » Edition L'Harmattan, Octobre 2015
- SINGLY C., Le « soin juste » sous contrainte économique à l'hôpital, in HIRSCH, E. *Ethique médecine et société*, Paris, Editions VUIBERT 2007

REVUES/ ARTICLES

- Le Pogam M-A, Luangsay-Catelin C., Notebaert J-F La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent, Revue Management & Avenir 2009/5 (n° 25)
- David J. Hall et Maurice Saias, Les contraintes structurelles du processus stratégique, Revue Française de Gestion, 23, 1979 et Georges Mussche, La relation entre stratégie et structures dans l'entreprise, Revue économique, 1, 1974.
- La revue des conditions de travail, N°3, QVT, Négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale, Décembre 2015.
- Guide de la qualité de vie au travail, Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT, Direction Générale de l'administration et de la fonction publique et ANACT, Edition 2019, 70 pages
- FOREST J., et AL « Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale », Gestion, Vol. 35, N°3
- Revue Soins cadres, Supplément au N° 105, Manager au quotidien : réorganisations, réussir le changement
- HAS, ANACT-ARACT, « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins », Septembre 2017
- ANACT, 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé, 2015
- Livre Blanc, Tout savoir sur la Qualité de vie au travail, 2^{ème} Edition, Avril 2014
-

REFERENTIELS

- HAS, revue de littérature, Qualité de vie au travail et qualité des soins, Janvier 2016
- Guide thématique Expert visiteurs, HAS, Septembre 2014
- Comité d'entente des fonctions infirmières et cadres de santé (CEFIEC), Référentiel d'activité des cadres de santé 2006/2007
- Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Plan Santé au travail 2016-2020 (PST3)

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- DGOS, Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en instituts de formation, Mars 2010
- Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière
- Décret du 11 mars 2016 pris pour l'application de la loi du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé, « Fonction du PCME »
- Loi HPST, Hôpital, Patient, Santé et Territoire, du 21 juillet 2009
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des Directeurs des soins de la FPH

RAPPORTS

- Rapport sur la santé dans le monde, *Pour un système plus performant*, 2000

- LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M, Rapport « *Bien être et efficacité au travail* », Février 2010
- TOUPILLIER, D., YAHIEL M. (2011). Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité, Centre National de Gestion
- ROUSSEAU, A, D'AUTUME C., Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : transformer les conditions d'exercice dans communauté hospitalière, Plan SANTE 2022
- Rapport final, Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière, Plan Santé 2022, 18 septembre 2018
- ROUSSEAU, A, D'AUTUME C., Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : transformer les conditions d'exercice dans communauté hospitalière, Plan SANTE 2022
- Livre Blanc, Tout savoir sur la Qualité de vie au travail, 2^{ème} Edition, Avril 2014
- COUTY E., Le pacte de confiance pour l'hôpital, rapport final de synthèse des travaux, 2013, Ministre des affaires sociales et de la santé
- Guide de la qualité de vie au travail, Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT, Direction Générale de l'administration et de la fonction publique et ANACT, Edition 2019, 70 pages

COURS

- CAMPEON A., DAUBAS-LETURNEUX V., et AL, Méthode de recueil de données en DHS, quelques principes de base, Cours EHESP Diaporama Ateliers Mémoire EDS
- CRISTOFALO P., DARIEL O., QVT, quelles initiatives et quels dispositifs pour soutenir des démarches d'amélioration de la QVT, Cours EHESP, septembre 2020
- PARENT B, Communication Stratégique, Cours EHESP, Juillet 2020

SITE INTERNET

<http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/80788/la-qualite-de-vie-au-travail-produit-de-la-performance.html>
https://www.ehpadia.fr/Observatoire-de-la-qualite-de-vie-au-travail-bilan-de-l-an-1_a367.html
<http://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail/>
https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf
<https://poleqvt.fr/quest-ce-que-la-qvt/>
<https://www.novethic.fr/actualite/social/conditions-de-travail/isr-rse/le-chiffre-12-600-euros-le-cout-du-mal-etre-au-travail-par-Salarie-et-par-an-144680.html>
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf
<https://www.cairn.info/le-management--9782130532361-page-7.htm>
<http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle>

MEMOIRES

- GUEDJ N., 2002, cité par BUISSON T., Le tableau de bord : instrument de pilotage pour le directeur des soins, Mémoire ENSP

AUTRES SOURCES

- Données extraites du Projet Médical 2017-2021 du CH

Liste des annexes

Annexe 1 : Annexe à l'article 13 d'éléments descriptifs destinés à faciliter l'élaboration d'une démarche de QVT dans le cadre du dialogue social

Annexe 2 : Guide d'entretien semi directifs

- **Annexe 2.1** : Guide d'entretien équipe de direction /PCME
- **Annexe 2.2** : Guide d'entretien Cadres de Pôles / cadres de santé/ CHSCT

Annexe 3 : Guide d'analyse qualitative

Annexe 1 : Annexe à l'article 13 d'éléments descriptifs destinés à faciliter l'élaboration d'une démarche de QVT dans le cadre du dialogue social

ANNEXE A L'ARTICLE 13

ELEMENTS DESCRIPTIFS DESTINÉS À FACILITER L'ÉLABORATION D'UNE DÉMARCHÉ DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LE CADRE DU DIALOGUE SOCIAL

- **La qualité de l'engagement à tous les niveaux de l'entreprise**
 - Prise en compte des enjeux de la vie personnelle des salariés par les dirigeants des entreprises à tous les niveaux, par les partenaires sociaux et pour ce qui concerne l'environnement de l'entreprise, par l'État et les collectivités territoriales
 - Modes d'implication des salariés, y compris de l'encadrement, favorisant l'expression des femmes et des hommes dans la vie au travail.

- **La qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise sur :**
 - L'environnement économique
 - Les objectifs et orientations stratégiques (cf les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social)
 - Les valeurs auxquelles se réfère l'entreprise (exprimées par exemple dans les chartes d'entreprise) y compris dans ses relations avec son environnement
 - Les « caractéristiques » des salariés.

- **La qualité des relations sociales et de travail :**
 - Reconnaissance du travail
 - Egalité salariale entre les femmes et les hommes
 - Respect, écoute des salariés
 - Mise en place d'espaces de dialogue et d'expression des salariés
 - Information adaptée aux enjeux des relations sociales et de travail (cf les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social)
 - Dialogue social aux différents niveaux (établissement, entreprise, groupe)
 - Rôle des Institutions représentatives du personnel
 - Modalités de participation aux décisions (cf les discussions interprofessionnelles sur la modernisation du dialogue social).

- **La qualité du contenu du travail**
 - Autonomie
 - Variété des tâches
 - Degré de responsabilité
 - Enrichissement des compétences
 - Capacité d'expression des salariés
 - Sens donné au travail

- **La qualité de l'environnement physique**
 - Sécurité
 - Ambiances physiques

- **La qualité de l'organisation du travail**
 - Qualité du pilotage
 - Capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des problèmes
 - Rôle et appui du management de proximité
 - Démarche de progrès
 - Anticipation de la charge de travail pour sa gestion optimale
 - Organisations apprenantes
 - Conséquences de l'impact de la généralisation des nouvelles technologies de l'information et de communication (distinction des temps de travail liés aux moyens électroniques tels que email à distance, portable...)
 - Anticipation des conséquences des mutations et restructurations des entreprises sur la qualité de vie au travail et l'emploi

- **Les possibilités de réalisation et de développement personnel**
 - Formation
 - Acquis de l'expérience
 - Développement des compétences
 - Déroulement de carrière et égalité de ces déroulements de carrière entre les femmes et les hommes
 - Egal accès entre les femmes et les hommes aux fonctions de direction
 - Lutte contre les stéréotypes attachés à la maternité et à la parentalité
 - Prise en compte des diversités

- **La possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle**
 - Prise en compte de la parentalité (au cours de la vie professionnelle)
 - Attention portée à la conciliation vie professionnelle/ vie personnelle
 - Rythmes et horaires de travail
 - Attention portée aux temps sociaux (transports, accès aux services)

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif

Annexe 2.1 : Guide d'entretien Equipe de direction / PCME

- Question 1 : Avez-vous mené des réorganisations (changements) de service ?
- Question 2 : Dans quel cadre ? Et quels étaient les objectifs ?
- Question 3 : Quelle méthodologie avez-vous utilisé ?
- Question 4 : Pensez-vous avoir réussi cette organisation ?
- Question 5 : Qu'avez-vous mis en œuvre pour réussir ? Pourquoi ?
- Question 6 : Qu'est ce qui n'a pas fonctionné ? Et pourquoi ?
- Question 7 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?
- Question 8 : Sur quels principes ou valeurs vous appuyez-vous lors de changements ?
- Question 9 : Que diriez-vous du vécu des équipes ?
- Question 10 : Quelles étaient leurs attentes dans le cadre de la réorganisation ?
- Question 11 : Les avez-vous associés à la démarche ? Comment ?
- Question 12 : Les avez-vous accompagnés et comment ?
- Question 13 : Avez-vous rencontré des freins, des difficultés ?
- Question 14 : la Qualité de Vie au Travail est-elle importante à prendre en compte ? Pourquoi ?
- Question 15 : Les RPS et leur prévention sont-ils pris en compte ? Plus que l'optimisation des organisations ? Pourquoi ?
- Question 16 : Existait-il des liens avec les partenaires sociaux ?
- Question 17 : Que signifie pour vous la performance ?
- Question 18 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?
- Question 19 : A quoi associez-vous la performance ? Sur quoi repose-t-elle d'après vous ?
- Question 20 : D'après vous qu'est ce qui facilite la performance ?
- Question 21 : A partir de votre conception de la performance, quel management mettez-vous en œuvre auprès de vos équipes ?
- Question 22 : Pensez-vous que la performance influence votre style de management ? Pourquoi ?
- Question 23 : Existe-t-il une articulation médico soignante ? Cadres / Equipe de direction ? Si oui, laquelle et comment ?
- Question 24 : Comment se traduit vos demandes aux acteurs pour atteindre vos objectifs de performance ?
- Question 25 : Dans votre conception de la performance qu'est ce qui est le plus important pour vous ?
- Question 26 : D'après vous qu'est ce qui pourrait influencer la performance des équipes ?
- Question 27 : quelle est la stratégie de l'établissement pour piloter la performance ?
- Question 28 : Quelle est la conception de la performance par l'établissement et comment se traduit-elle ?
- DG : Question 29 : Quelle est la place du DS au sein du dispositif de pilotage et de gestion de la performance ?
- DRH : Question 30 : Modalités de collaboration avec le DS et interactions au sein du dispositif de pilotage de la performance ?
- PCME : Question 31 : Priorités du projet médical / conception de la performance ? Articulations avec le Projet de soins, Projet médico soignant GHT ? Modalités de collaboration et interactions avec le DS ?
- Question 32 : Avez-vous des propositions à faire autour de la notion de performance ? QVT ? Management ?
- Question 33 : Que souhaiteriez-vous ajouter ?

Annexe 2.2 : Guide d'entretien Cadres de Pôles / Cadres de Santé/ CHSCT

Question générale : présentation rapide de l'interviewé : Age, ancienneté du diplôme cadre, et dans l'établissement, mobilité interne.

Question 1 : Dans votre exercice de CDS (ou de CSS), vous avez sûrement mené des réorganisations (changements) de service. Pouvez-vous m'en parler, me dire comment cela s'est passé ?

Question 2 : Dans quel cadre ? Et quels étaient les objectifs ?

Question 3 : Quels types d'organisation ont été mis en place ?

Question 4 : Quelle méthodologie avez-vous utilisée ?

Question 5 : Pensez-vous avoir réussi cette organisation ?

Question 6 : Qu'avez-vous mis en œuvre pour réussir ? Pourquoi ?

Question 7 : Qu'est ce qui n'a pas fonctionné ? Et pourquoi ?

Question 8 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

Question 9 : Sur quels principes ou valeurs vous appuyez-vous lors de changements ?

Question 10 : Que diriez-vous du vécu des équipes ?

Question 11 : Quelles étaient leurs attentes dans le cadre de la réorganisation ?

Question 12 : Les avaient vous associés à la démarche ? Comment ?

Question 13 : Les avez-vous accompagnés et comment ?

Question 14 : La Qualité de Vie au Travail est-elle importante à prendre en compte ? Pourquoi ?

Question 15 : Les RPS et leur prévention sont-ils pris en compte ? Plus que l'optimisation des organisations ? Pourquoi ?

Question 16 : Existait-il des liens avec les partenaires sociaux ?

Question 17 : Que signifie pour vous la performance ?

Question 18 : Sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

Question 19 : A quoi associez-vous la performance ? Sur quoi repose-t-elle d'après vous ?

Question 20 : D'après vous qu'est ce qui facilite la performance ?

Question 21 : A partir de votre conception de la performance, quel management mettez-vous en œuvre auprès de vos équipes ?

Question 22 : pensez-vous que la performance influence votre style de management ? Pourquoi ?

Question 23 : pensez- vous qu'il faille poser des objectifs par rapport à la performance ? Pourquoi ?

Question 24 : Comment se traduit vos demandes aux équipes pour atteindre vos objectifs de performance ?

Question 25 : Dans votre conception de la performance qu'est ce qui est le plus important pour vous ?

Question 25 : D'après vous qu'est-ce qui pourrait influencer la performance des équipes ? Celle du Cadre ?

Question 26 : Avez-vous des attentes de votre supérieur hiérarchique, si oui lesquelles ? Et si non pourquoi ?

Question 27 : Quelles sont les modalités de collaboration avec le DS ?

Question 28 : Connaissez-vous la conception de la performance par le DS ? Par l'institution ?

Question 29 : Avez-vous des propositions à faire autour de la notion de performance ? QVT ? Management ?

Question 30 : Que souhaiteriez-vous ajouter ?

Présentation Groupe 1 : l'équipe de Direction - PCME et CHSCT

Fonction	Tranche d'âge	Filière	Ancienneté fonction	Ancienneté fonction CH	Parcours professionnel/ Mobilité
DG	35-40		2014	En intérim depuis janvier 2020	C'est une deuxième carrière (ancien officier de l'armée de terre) 2012-2014 EHESP 2014 : Directeur qualité GDR Directeur des finances (3 ans) DRH (2 ans) Directeur-Adjoint au CHU (2018) en charge des coopérations médicales au sein du GHT et Directeur Délégué d'un CH de proximité Et depuis Janvier 2020 : intérim au CH
CGS	50-55	MEDICO TECH (Manip radio)	2008	2018	CGS dans un CH en direction commune avec 3 autres établissements (8 ans) DS dans un CHU (2 ans)
FF DRH	35-40	AAH	2012	Mai 2019	Travaillé en collaboration avec le DRH qui est parti en mai 2020 et depuis FF DRH
PCME	55-60	Médecin Cardiologue		9 ans + 1 an en cours	Chef de service Médecine Cardiologie
Secrétaire du CHSCT	50-55	IDE HDJ en psychiatrie	Décembre 2018 et avant était membre depuis de nombreuses années		
Membre SYNDICAT	40-45	AIDE SOIGNANTE		Au syndicat depuis 6 ans	

Présentation Groupe 2 : l'équipe d'encadrement (proximité et supérieur)

	Tranche d'âge	Filière	Ancienneté fonction Cadre de Santé	Ancienneté fonction Cadre de Pôle	Ancienneté dans l'établissement	Pôle / Service	Parcours professionnel/ Mobilité	Nb de cadres de proximité par CSS
CSS 1 Mme C	45-50	IDE en 1998	2005 = 15 ans	2011	2003	Pôle Psychiatrie-Urgences Médico techniques	Psychiatrie	9 dont 4 FF
CSS 2 Mme M	55-60	IDE 1984 IADE 90-92	2006 = 14 ans	2017	1984	Pole Consultations externes Médecine Chirurgie	Bloc opératoire Réanimation	9 dont 2 FF
CSS 3 Mme T	45-50	IDE	2007 = 13 ans	2014	2007	Pole Gériatrie	Cadre formateur IFSI Médecine Gériatrique	5 dont 2 FF
CDS H	50-55	IADE	2015 = 5 ans		2016	USLD 53 LITS /EHPAD 52 LITS	Bloc opératoire puis USLD	
CDS A	45-50	IDE 2000	2011 = 9 ans			Médecine Polyvalente	FF fonction EHPAD /USLD Médecine Polyvalente	
CDS B	35-40	IDE 1996	2013 = 7 ans		2009	EHPAD 53 LITS /USLD 52 LITS DEPUIS 2014	IDE EN Réa FF CDS IFSI	
CDS Mme BE	45-50	MEDICO TECH	2008 = 12 ans		1985	Laboratoire	Technicienne de Laboratoire	
Mme L	45-50	IDE en 1998	2011 = 9 ans		2008	Médecine cardiologie, consultations Depuis JANVIER 2020	SSR, EHPAD /USLD	
CDS MME P	45-50	IDE	2009 = 11 ans		1995	SAU- UHCD- PASS	FF CDS EN Chirurgie PUIS Urgences	

GRILLES Groupe 1 : l'équipe de Direction - PCME et CHSCT

	DG	CGS	DRH	PCME	CSS	CDS
Restructuration architecturale						
Réorganisation de service						
Changement organisationnel						

IMPORTANTANCE DU MANAGEMENT DANS LE CHANGEMENT / PRINCIPES VALEURS					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Communication					
Empathie					
Donner le sens, expliquer					
Transparence, honnêteté, juste					
Equité					
Courage managérial pour assurer cohésion d'équipe					
Posture managériale : progressivité de la pédagogie vers le coercitif					
Soutien de la hiérarchie					
Prendre du temps pour aller sur le terrain en routine					
Satisfaction du patient et pertinence de l'hospitalisation					
Ecouter					
Participation des professionnels					
Confiance					
Distribution des rôles					
Concertation					
Marge de manœuvre/autonomie des cadres					
Dialogue permanent et franc et honnête					
Implication					

FACTEURS D'ECHEC OU DE DIFFICULTES						
	DG	CGS	DRH	PCME	CSS	CDS
Manque d'informations						
Résistance aux changements						
Manque de temps de préparation, de maturation						
La peur, les craintes des professionnels						
La non implication médicale						
Les individualités, inquiétudes						
Les injonctions paradoxales d'une direction à une autre						
Les conditions matérielles (locaux par ex)						

LIEN ENTRE QVT ET QUALITE DES SOINS					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Etre content au travail et avoir le sens du travail en équipe permet de donner la QVT avec des répercussions sur la PEC du patient					
Si vous n'êtes pas bien dans votre poste de travail vous ne pouvez pas donner le meilleur de vous-même et donc forcément ça a un impact sur la qualité des soins					
Des agents qui vont être bien à leur travail vont être plus impliqués plus sereins dans la PEC des soins. Quelqu'un qui est stressé ou autre ou qui n'est pas dans de bonnes conditions ou qui se sent acculé ou autre il ne va pas forcément bien réagir.					

FACTEURS D'ECHEC OU DE DIFFICULTES						
	DG	CGS	DRH	PCME	CSS	CDS
Manque d'informations						
Résistance aux changements						
Manque de temps de préparation, de maturation						
La peur, les craintes des professionnels						
La non implication médicale						
Les individualités, inquiétudes						
Les injonctions paradoxales d'une direction à une autre						
Les conditions matérielles (locaux par ex)						

LIEN ENTRE QVT ET QUALITE DES SOINS					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Etre content au travail et avoir le sens du travail en équipe permet la QVT avec des répercussions sur la PEC du patient					
Si vous n'êtes pas bien dans votre poste de travail vous ne pouvez pas donner le meilleur de vous-même et donc forcément ça a un impact sur la qualité des soins					
Des agents qui vont être bien à leur travail vont être plus impliqués plus serein dans la PEC des soins. Quelqu'un qui est stressé ou autre ou qui n'est pas dans de bonnes conditions ou qui se sent acculé ou autre il ne va pas forcément bien réagir.					

FACTEURS DE REUSSITE						
	DG	CGS	DRH	PCME	CSS	CDS
Temps écoulé entre la présentation du projet aux équipes et la mise en œuvre						
Maturation médico soignante						
Bonne cohésion de l'organisation médico soignante avec un bon calibrage de l'unité						
Cohérence des temps médicaux et non médicaux dans l'organisation						
Bon calibrage de l'organisation dans un enjeu de Qualité de Vie au Travail et organisation efficiente						
Travaille pour la QVT des soignants, des professionnels ils seront rentables et in fine e'est offrir des qualités de pec pour les patients						
Evaluation du projet avec équipe et OS et mise en place de comité de suivi						
Compréhension de l'objectif stratégique par les cadres						
Acculturation						
Communication						
Cohésion						
Objectiver et harmoniser						
Ambiance dans l'équipe						
Compétences						

DEFINITION DE LA PERFORMANCE	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
	Différent de l'efficience				
Elle est globale cad financière, managériale et prend en compte la prévention des RPS					
C'est pouvoir faire autant voir plus avec moins de ressources mais en étant plus performant dans le management de l'équipe, en étant plus performant au niveau financier, en étant plus performant dans la prévention des RPS					
Faire et rendre le meilleur service à l'usager avec tous les moyens dont je dispose : les locaux, les équipements, le personnel, les compétences, (en nombre et en qualité), le fonctionnement, la communication interne, le dialogue social : cad l'harmonie interne d'un établissement de manière à ce qu'une équipe soit performante en donnant le meilleur service rendu au patient et à l'usager					
Conception selon le CGS : la bonne compétence au bon endroit, l'ajustement de l'organisation au besoin, la reconnaissance et le bon positionnement de chacun					
La performance, c'est aussi un mot à la mode, c'est un discours politique, très attendu très respecter, c'est de la théorie					
Ce qui importe c'est comment les professionnels se comportent au quotidien dans les services face au patient					
c'est ça c'est mettre l'homme au centre de ttes les préoccupations de toutes les réflexions qu'on doit avoir et l'homme c'est le malade, le professionnel, le directeur, le représentant du personnel, le soignant le médecin le technicien					
c'est d'arriver à mettre la bonne personne pour donner la bonne réponse au bon moment pour permettre une qualité et sécurité des situations					
la performance c'est améliorer la qualité des soins avec une diminution de la DMS et la satisfaction des patients					

DEFINITION /représentations de la QVT					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
essentielle à prendre en compte et c'est d'abord la cohésion et l'appartenance à une équipe médico soignante, on s'inscrit dans une équipe					
Bienveillance dans les rapports entre humains					
Management sain et parler avec les équipes					
c'est se sentir bien à son travail					
Avoir une relation de confiance avec sa hiérarchie, la légitimité à être entendu et écouté					

FORMALISATION DES PRINCIPES DANS PE ET SES DIFFERENTS VOLETS					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
DUERP non mis à jour depuis plusieurs années, démarche en cours de mise à jour pour les intégrer formellement					
Contrats de Pôles ; devaient être finalisés fin 2019 : objectif qualité 2020					
Projet Médical					
Pas de projet d'établissement actualisé					
Projet médico soignant du GHT					
Projet de soin					
Pas de projet managérial					
Contrats de pôles non formalisé					
Relance du document unique avec l'évaluation des risques professionnels. Contrat passé avec SEGAP et groupe de travail d'année 2021					

Optimisation des organisations ou prévention des RPS ?					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Prévention des RPS sinon contreproductif					
Optimisation des organisations en première intention. La QVT passe en second plan					

INDICATEURS DE LA PERFORMANCE					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Indicateur du bilan social : taux absentéisme, turn over,					
Indicateurs du tableau de bord financier : TO, DMS, plaintes des patients					
satisfaction de l'utilisateur					
Satisfaction des professionnels					

Traduction des demandes aux acteurs pour atteindre les objectifs de performance					
	DG	CGS	DRH	PCME	CHSCT
Se traduit en objectifs lors de l'entretien individuel					
La communication : la pédagogie est l'art de la répétition					
Rencontre du staff de Cadres de pole					
Réunion mensuelle avec l'équipe cadres					

Grilles groupe 2 : l'encadrement

REORGANISATIONS /CHANGEMENTS									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS BA	CDS MT	CDS L	CDS P
Restructuration architecturale									
Changement organisationnel Réorganisation de service Avec fermeture de lits									
Redéploiement du personnel dans le cadre du virage ambulatoire									
Mise en place de la démarche qualité au Laboratoire									

Cadre / méthodologie du changement	ECHEC/REUSSITE PRINCIPES VALEURS								
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P
ACCOMPAGNEMENT									
Associer les équipes au projet									
La marge d'autonomie laissée par le supérieur hiérarchique									
Respect des conditions de travail									
Mutualisation des compétences et formation									
Cohésion d'équipe									
Lac collaboration avec le DS									

PRISE EN COMPTE DE LA QVT ?								
CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

PRINCIPES MANAGERIAUX									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P
Communication managériale									
Management participatif									
Management directif									

QVT SELON ENCADREMENT										
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P	

PRISE EN COMPTE DES RPS ?									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

CONCEPTION /REPRESENTATION DE LA PERFORMANCE ?									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

Convergence/divergence entre conception performance des CDS et conception institutionnelle									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

Lien management et conception de la performance									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

Modalités collaboration avec le DS et Management									
	CSS C	CSS M	CSS3 T	CDS H	CDS A	CDS B	CDS MT	CDS L	CDS P

PINHEIRO

Hélène

Décembre 2020

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2020

Qualité de vie au travail des cadres de santé et performance, le rôle managérial du DS

Résumé :

Face aux transformations du système de santé français actuel, il s'impose à nous, de s'interroger sur la nécessité de rendre compatible les impératifs de gestion et la qualité de vie au travail des professionnels soignants au bénéfice de la prise en charge du patient.

Le directeur des soins occupe une place stratégique au sein de l'équipe de direction et opérationnelle auprès de l'encadrement. Il est l'acteur incontournable dans l'élaboration d'une politique QVT, de par sa responsabilité dans la qualité et la sécurité des soins.

Les cadres de santé sont le maillon au plus proche de la mise en œuvre opérationnelle des projets auprès des professionnels de santé. Aujourd'hui, la gestion des ressources humaines représentent un nouvel enjeu, et sont, pour beaucoup, un facteur de performance des établissements, déterminant pour partie leur pérennité dans les territoires de santé.

En tant que futur directeur des soins, il nous appartient de contribuer à la définition de la politique QVT et managériale qui accompagnera ces mouvements. C'est à lui qu'il revient de mobiliser les compétences collectives des personnels d'encadrement considérées comme structurantes. De nouvelles formes de management favoriseront la co-construction d'une intelligence collective pour une cohérence institutionnelle.

Saisissez votre résumé>

Mots clés :

Qualité de vie au travail – Performance - Management – Communication managériale – Risques psycho-sociaux – Ressources psycho-sociales – Cadre de santé - Directeur des soins – Stratégie – Transformation - valeurs

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.