



HAL
open science

Soigner et se rendre malade : risques psychosociaux à l'hôpital public : rôle des cadres de santé

Chantal Riethmuller

► **To cite this version:**

Chantal Riethmuller. Soigner et se rendre malade : risques psychosociaux à l'hôpital public : rôle des cadres de santé. Science politique. 2016. dumas-01431553

HAL Id: dumas-01431553

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431553v1>

Submitted on 11 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

RIETHMULLER Chantal

***SOIGNER ET SE RENDRE
MALADE***

*Risques psychosociaux à l'hôpital public : rôle des
cadres de santé*

Master 2 politiques Publiques de Santé

2015-2016

Sous la direction de Mme Marie-Estelle BINET

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

RIETHMULLER Chantal

***SOIGNER ET SE RENDRE
MALADE***

*Risques psychosociaux à l'hôpital public : rôle des
cadres de santé*

Master 2 politiques Publiques de Santé

2015-2016

Sous la direction de Mme Marie-Estelle BINET

*« Choisissez un travail que vous aimez et vous n'aurez pas à travailler un jour de votre
vie »*

Confucius

Mes remerciements les plus sincères vont :

A Mme Marie-Estelle Binet pour la direction de ce mémoire,

A Claire pour m'avoir poussé à entreprendre cette aventure,

A Marie-France pour son écoute et sa compréhension,

A mon institution pour m'avoir donné la possibilité d'entreprendre cette belle année universitaire,

A la direction des soins pour m'avoir permis de réaliser mes entretiens au sein du CHUGA,

A mes collègues pour avoir accepté de me rencontrer,

A Emma pour sa relecture attentive,

A Stéfany pour son soutien, son aide, sa bonne humeur, nos échanges, nos fous rires tout au long de cette année,

A Maeva et Laura pour avoir m'avoir supportée,

A Rudy pour tout.

Sommaire

Introduction	7
Cadre conceptuel	12
1. Les risques psychosociaux : une approche complexe	13
2. Le cadre de santé à l'hôpital, acteur central de la prévention des risques psychosociaux	23
La réalité sur le terrain	34
1. Méthodologie de la recherche	35
2. Une approche par compétences du cadre de santé	47
Conclusion	73
Bibliographie	77
Table des matières	84
Annexes	88

Introduction

L'hôpital, en mouvance perpétuelle, se restructure en permanence. Le rythme des réformes est soutenu depuis le plan Hôpital 2007 et demande aux cadres de santé d'être réactifs et en capacité d'accompagner les changements. L'optimisation des organisations, la fluidité du parcours patient, le désengorgement des urgences est une priorité nationale déclinée dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire).

La gestion financière de l'hôpital a changé avec la mise en place des pôles et la tarification à l'activité, éléments centraux de la gouvernance hospitalière issue du plan Hôpital 2007. Le paradigme des années 70, « la santé n'a pas de prix » est obsolète. La santé a un coût que personne ne peut ignorer et les soignants sont désormais obligés de prendre en compte les contraintes économiques. C'est au cadre de santé de proximité de contribuer à impulser cette dynamique de maîtrise des coûts.

Le cadre de santé est le relais des informations de la direction, du cadre de santé supérieur, il joue le rôle de médiateur, et se doit d'accompagner et mettre en œuvre les orientations stratégiques décidées au niveau institutionnel. Mais comment concilier et accompagner les équipes dans les changements en préservant le bien-être au travail ? Nous sommes là face à un paradoxe : on demande aux cadres d'être partie prenante d'une dynamique hospitalière dans un contexte de contraintes économiques, tout en préservant une qualité des soins. La démocratie sanitaire oblige tous les acteurs hospitaliers à s'interroger sur ses pratiques en termes de qualité, de sécurité pour les patients, leur entourage. Le cadre doit aujourd'hui composer avec des exigences croissantes en termes d'activité, d'économie, de qualité de prestations mais aussi en terme de qualité de vie au travail des agents.

L'expression « risques psychosociaux » est apparue récemment dans les préoccupations des professionnels de la santé au travail. On peut situer son émergence au cours des années 2000 comme une extension du vocable « stress »¹

La démarche ORSOSA (ORganisation des SOins et SANté des soignants) a montré que le taux d'absentéisme, reflet notamment du stress au travail est très disparate dans les unités de soins. Peut-on alors en déduire que les risques psychosociaux sont différents d'une équipe à l'autre au sein d'un même établissement, voire d'un même pôle ?

« Sous l'entité risques psychosociaux, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés) »². A l'Institut de Formation des Cadres de Santé, mon mémoire portait sur l'efficacité des modes d'information. Le ressenti des équipes de soins quant à leur place dans l'institution et leur implication aux démarches (de service, polaires, institutionnelles...) est étroitement lié à l'information qu'ils reçoivent. Un sentiment d'insécurité se révèle quand le cadre ne transmet pas ou ne trie pas les informations. Mon questionnement porte sur le rôle de l'encadrement dans la gestion de l'information. En quoi la gestion de l'information par l'encadrement impacte-t-elle la survenue ou la prévention des risques psychosociaux ?

« Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »³. Une grande partie du travail du cadre de santé se retrouve dans cette définition tirée de l'édition 2014 de la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique de la DGAFP (Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique). Comment les modes de

¹ VALLERY, Gérard et LEDUC, Sylvain. *Les risques psychosociaux*. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 2012. 126 pages. (Que sais-je).

² Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. *Les RPS, c'est quoi ?* [En ligne]. 2015. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi> [consulté le 3 décembre 2015].

³ Portail de la fonction publique. *La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*. [En ligne]. 2014. Disponible sur http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_les_essentiels/RPS-Plaquette-RPS-2014.pdf . [Consulté le 10 novembre 2015].

management des cadres de santé influencent-ils le bien-être des équipes soumis à des exigences de qualité, d'efficience, de restrictions budgétaires identiques ? Comment prendre en compte les risques psychosociaux et surtout comment les prévenir ? Comme l'a dit M. Michel Sapin en février 2014 « *C'est dans la qualité de vie au travail que l'économie peut aller chercher de la performance et de la compétitivité* »⁴ Reste à savoir comment améliorer cette qualité de vie au travail afin de promouvoir la qualité de la prise en charge des soins. Le rapport Couty affirme que « *Qualité des soins aux patients ou de la prise en charge des personnes accueillies et qualité de vie au travail pour les professionnels, loin d'être antinomiques, s'alimentent mutuellement* »⁵. N'y a-t-il pas là un vrai enjeu de management à percevoir pour le cadre de santé et un vrai enjeu sociétal pour tous ? « *Sur le plan social, ces troubles (les risques psychosociaux) peuvent avoir des conséquences économiques et professionnelles et notamment, se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru ou des conflits entre les personnes* »⁶. En cette période de maîtrise des coûts, voire d'économie drastique, les managers ne peuvent ignorer les impacts humains comme économiques des risques psychosociaux. M. Gilles Desserprit nous dit que : « *le cadre de santé a un rôle important dans les maux du travail en équipe, selon le choix de sa posture managériale (absence ou excès d'autorité) dans des situations données et des décisions prises.* »⁷

La question de départ de ce travail de recherche universitaire pourrait être : **en quoi les compétences managériales du cadre de santé peuvent-elles être un levier de prévention des risques psychosociaux des soignants sous sa responsabilité à l'hôpital public ?**

⁴ MAUDUIT, Laurence. Le bien-être, clé de la performance au travail. Discours de Michel Sapin, aux 4èmes rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail. *Soins cadres*. 2014. N°90. Page 7.

⁵ COUTY, Edouard. *Pacte de confiance pour l'hôpital*. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Février 2013. Page 43.

⁶ Op.cit. page 5. Portail de la fonction publique. *La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*.

⁷ DESSERPRIT, Gilles. Les maux du travail en équipe. *Soins cadres*. 2015, n° spécial. Pages 7 à 8.

Pour tenter de répondre à cette problématique plusieurs hypothèses se font jour. En effet, « *Etre compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec pertinence et compétence dans une situation de travail* »⁸. Les cadres de santé sont-ils à même de pouvoir agir sur les risques psychosociaux ? Ont-ils conscience de leur rôle ? En ont-ils les moyens ? Afin de tester nos hypothèses, nous allons tout d'abord faire une étude bibliographique, qui explorera le champ du management et celui du travail à l'hôpital. Dans un deuxième temps, nous irons confronter notre questionnement au plus proche des acteurs de terrain.

⁸ LE BOTER, Guy. *Repenser la compétence*, 2nde Edition. Paris : Editions d'Organisation, 2010. Page 21.

Cadre conceptuel

Afin de mieux cerner la problématique des risques psychosociaux et le rôle des cadres de santé, nous verrons dans un premier temps ce qu'on entend par « risques psychosociaux » ainsi que les décisions politiques les concernant. Secondairement, nous verrons les différents modèles validés pour leurs études. Enfin, nous mettrons l'accent sur l'hôpital public puis, nous nous attacherons au cadre de santé, sa fonction, ses missions et son implication dans la promotion de la qualité de vie au travail.

1- Les risques psychosociaux : une approche complexe

1.1- Des définitions aux limites encore floues

Encore aujourd'hui, le terme « risque psychosocial » n'a pas une définition mais des définitions. *« La question de la santé au travail a progressivement envahi l'actualité médiatique. Quelques chiffres issus des grandes enquêtes nationales suffisent à donner une idée de l'ampleur du phénomène, que confirme sa récente apparition massive dans le débat public. Si plus personne ne conteste aujourd'hui la réalité de la problématique, la multiplicité des mots pour parler des maux du travail reflète la diversité des approches et la difficulté à s'en saisir. »*⁹ Pour l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), les risques psychosociaux sont *« la combinaison d'un grand nombre de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite »*.¹⁰

⁹ GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 57.

¹⁰ Préventica, santé au travail-Dossier risques psychosociaux. 2013. [en ligne]. Disponible sur <http://www.preventica.com/dossier-risques-psychosociaux-definition.php>

Pour la plupart des auteurs, les risques psychosociaux regroupent le stress, l'épuisement professionnel parfois retrouvé sous le vocable burnout, le harcèlement moral et/ou sexuel, les violences qu'elles soient physiques ou morales. « *Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.* »¹¹

M. Patrick Legeron et M. Maxime Bellego identifient six indicateurs des risques psychosociaux : l'intensité du travail (quantité, pression temporelle, conciliation travail-hors travail, empathie), les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeur, l'insécurité de la situation de travail. Le moindre déséquilibre entre ces différents items provoque la souffrance au travail, génératrice de troubles somatiques et/ou psychiques.

Pour M. Michel Feynie, le mal-être au travail trouve son origine dans huit éléments : une entreprise présentée comme idéale, l'impossibilité pour le salarié d'être parfait, des salariés de plus en plus surveillés, la promotion par les dirigeants de la « culture du top », la culpabilisation insidieuse, une absence de distance dans les relations hiérarchiques, un management par l'affectif (qui a pour conséquence une remise en cause de l'identité du salarié plutôt que de son comportement), la disparition des solidarités. Nous voyons apparaître ici le lien entre risques psychosociaux et management.

Ces risques psychosociaux engendrent des dépenses de santé conséquentes. « *Béjean et Sultan-Taieb (2007) mesurent les coûts liés au stress au travail en France pour trois types de problèmes de santé : les maladies cardiovasculaires, la dépression et les troubles musculo-squelettiques. Elles estiment, pour l'année 2000, que ces coûts sont compris entre 1,17 Md et 1,98 Md d'euros.* »¹² Une autre étude montre que « *En 2009, les*

¹¹ Portail de la fonction publique. *La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.* [En ligne]. 2014. Disponible sur http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_les_essentiels/RPS-Plaquette-RPS-2014.pdf . [Consulté le 17 novembre 2015]

¹² DEBRAND Thierry, *L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé.* IRDES. Document de travail n°41. Mars 2011. Page 3.

risques professionnels correspondent à 52,8 millions de journées de travail perdues. La durée moyenne d'un arrêt de travail est de 53 jours en accidents du travail, 65 jours pour le trajet et 190 jours en maladie professionnelle. »¹³ Si le monde de l'entreprise a investi le champ de la prévention des risques psychosociaux, le secteur public a quant à lui, réagi un peu plus tard. Ce n'est qu'en 2013 que Mme Marisol Touraine déclare « J'ai demandé à ce que la lutte contre les RPS soit érigée au plan de priorité au sein des établissements de santé... »¹⁴

En regard de chiffres précédemment évoqués et notamment des coûts engendrés par les conséquences de la souffrance au travail, les pouvoirs publics ont légiféré tant au niveau de la punition qu'au niveau de la prévention. C'est ce que nous allons étudier dans la partie suivante.

1.2- Une prise de conscience des pouvoirs publics

Ainsi, « la protection de la santé au sein des relations de travail n'est pas une question nouvelle. Elle a depuis longtemps traversé la sphère juridique. Mais, depuis une dizaine d'années elle a pris une importance particulière du fait d'une aggravation des conditions de travail, conduisant à une réflexion organisée autour de la notion de risques psychosociaux. »¹⁵

Dans un premier temps le législateur crée le délit de harcèlement sexuel dès 1992. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 introduit quant à elle la notion de harcèlement moral avec l'Article L1152-1 qui stipule que « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation*

¹³GRASSET Yves et al. *Risques psychosociaux au travail*. 2ème édition. Ruel-Malmaison : Editions Liaisons, 2011, Page 64 (collections Liaisons sociales).

¹⁴ TOURAINE Marisol. La ministre répond à nos questions. *Objectifs soins & management*. Octobre 2013. N°219

¹⁵ GRASSET Yves et al. Op.cit. page 39.

de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. »

Les risques psychosociaux et leurs conséquences dramatiques vont être exposés au grand public dès 2008 avec les suicides répétés chez France Telecom (devenue Orange). Plus de trente employés mettent fin à leurs jours entre 2008 et 2010. L'un d'eux évoquera le management par la terreur. Orange sera la première entreprise du CAC 40 (Cotation Assistée en Continu) à avoir été mise en examen pour harcèlement moral. En juillet 2016, le parquet a demandé le renvoi en correctionnelle de trois des plus hauts dirigeants de cette entreprise. Le procès devrait avoir lieu durant l'année 2017.

La protection de la santé des salariés et par la même la prévention des risques psychosociaux envahit la sphère juridique et des cas de jurisprudence se font jour. *« La question de la responsabilité des organisations dans le champ des risques psychosociaux a aujourd'hui gagné le registre juridique, avec notamment le procès intenté contre Renault par la veuve de l'un des ingénieurs de l'entreprise qui s'était suicidé en 2006. Le tribunal (Décision du tribunal des affaires de sécurité sociale du 17/12/2009, confirmée par la cour d'appel de Versailles le 19/05/2011) a établi la faute inexcusable de l'employeur pour n'avoir pas pris les mesures de protection de la sécurité individuelle et collective de ses salariés, qui sont pour lui une obligation de résultat. Cette décision, confirmant celle de la Caisse primaire d'assurance maladie qui avait qualifié de suicide d'accident à caractère professionnel, crée un précédent sur le plan juridique en reconnaissant le lien direct entre d'une part les modes de management de l'entreprise et l'excessive pression qu'elle impose à ses salariés, et d'autre part les conséquences possibles sur leur santé et leur équilibre psychique. »*¹⁶

¹⁶ GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 65.

Pour répondre aux conséquences humaines mais également économiques engendrées par les risques professionnels suite au scandale de l'amiante, les pouvoirs publics vont élaborer, sous l'égide de M. Jean-Louis Borloo alors ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le premier plan santé au travail 2005-2009 qui « *engage, pour les cinq années à venir, une nouvelle dynamique afin d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels. Son but est de faire reculer ces risques, sources de drames humains et de handicaps économiques, et d'encourager la diffusion d'une véritable culture de prévention dans les entreprises* ». ¹⁷

Le deuxième plan santé au travail affirme quant à lui que « *le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. Ceci passe par la mise en œuvre effective d'actions visant à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, à prévenir les risques professionnels, l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi.* » ¹⁸

Nous pouvons remarquer l'évolution qui s'est opérée entre ces deux plans : le premier parle de prévention des risques psychosociaux, le deuxième de bien-être au travail. C'est ce que nous appellerons un « positivisme sémantique » et qui consiste à transformer par exemple l'aveugle en malvoyant, ou bien encore le nain en personne de petite taille. Cet aspect touche aussi le troisième plan santé au travail puisque les pouvoirs publics abordent désormais la qualité de vie au travail au lieu du bien-être au travail. « *Cette approche positive s'incarne notamment dans la démarche « qualité de vie au travail » et les actions de prévention de la désinsertion professionnelle. Elle met en évidence l'intérêt des acteurs à investir dans la prévention. Le maintien en emploi, dans un contexte de vieillissement de la population active, est un facteur de santé et d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé ; la qualité de vie au travail, placée au cœur des*

¹⁷ BORLOO, Jean-Louis. LARCHER, Gérard. *Plan santé au travail 2005-2009*. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. 2005. Page 5.

¹⁸ Plan santé au travail 2010-2014. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. 2010. Page 4.

préoccupations stratégiques de l'entreprise et du dialogue social, est également levier de conciliation du bien-être au travail et de la performance de l'entreprise. »¹⁹

Pour pouvoir intervenir sur la prévention des risques psychosociaux, il est tout d'abord nécessaire de pouvoir évaluer leur importance, de les caractériser. Plusieurs modèles d'évaluation existent, nous allons aborder les principaux dans la partie qui suit.

1.3- Les différents modèles d'étude

Afin de mieux repérer les risques psychosociaux et en faciliter la prévention, plusieurs outils d'évaluation vont être mis à disposition des entreprises, notamment sur le site de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail). Il existe plusieurs modèles d'évaluation. Nous pouvons citer le modèle historique de Selye pour qui le stress est une réponse adaptative à une demande. Le modèle de Laborit qui stipule quant à lui que le stress n'a qu'un seul but : assurer la survie de l'organisme face à un danger. Ces modèles sont assez peu utilisés contrairement au modèle bien plus connu créé par Karasec en 1979. Cet auto-questionnaire ²⁰ vise à catégoriser les situations de travail générant une réaction pathologique. *« Le modèle de Karasek repose sur deux facteurs principaux, à savoir les exigences du travail (quantité, complexité et contraintes temporelles) et le degré d'autonomie dans son accomplissement (capacité à peser les décisions, choix dans les modes opératoires et capacités à en créer de nouveaux) ».*²¹

Le modèle de Karasec mesure l'impact du déséquilibre entre demandes et latitudes décisionnelles.

¹⁹ Plan santé au travail 2016-2020. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. 2016. Page 5.

²⁰ Voir questionnaire de Karasec, annexe n° 1

²¹ BELLEGO Maxime, LEGERON Patrick, RIBEREAU-GAYON Hubert. *Les risques psychosociaux au travail, les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*. Paris : Editions De Boeck. 2012. Page 47. (Collection Méthodes & recherches).

Le tableau²² ci-après résume à quel moment l'individu est soumis à des contraintes qui vont générer des réactions pathologiques :



Modèle de Karasek

Equilibre entre 2 dimensions		Demande	
		Contrainte du poste de travail Exigence qualitative, quantitative...	
		Forte	Faible
Contrôle	Faible	« Job strain » risque pour la santé physique et psychique	Travail passif
Autonomie	Forte	Travail très actif	Travail détendu
Utilisation et développement des compétences			

C'est ce modèle qui a servi de base à l'enquête SUMER (SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) réalisée en 2003 sur près de cinquante mille salariés. Elle avait pour but de faire un état des lieux des principaux risques professionnels auxquels les salariés sont soumis. « *Le modèle de Karasek (..) montre que les personnes les plus à risque sont celles soumises à une demande psychologique intense alors qu'une faible latitude décisionnelle leur est accordée et qu'elles reçoivent un soutien social limité.* »²³

Ce type d'enquête a été reconduit et, a montré en 2010, que les salariés des secteurs de la fonction publique hospitalière, du commerce et des transports sont les plus soumis à des rythmes de travail atypiques, générateurs de risques psychosociaux. Les travailleurs de l'industrie, du commerce et des transports souffrent également de fortes

²² EIPAS. *Les modèles théoriques du stress au travail*. [En ligne]. 2014. Disponible sur <http://www.eipas.org/ressources.php>

²³ MONNEUSE, Denis. *Le silence des cadres, enquête sur un malaise*. Paris : Editions Vuilbert, 2014. Page 169.

contraintes de par la faiblesse de leurs marges de manœuvre. Les agressions de la part du public dans le cadre du travail touchent plus particulièrement les salariés de la fonction publique, du commerce et des transports.

Un autre modèle assez usité est créé vingt ans plus tard par M. Johannes Siegrist sur la base qu'une réaction pathologique survient quand le salarié consent à des efforts qu'il juge très élevé, pour une reconnaissance faible. Le tableau²⁴ ci-dessous explique la zone de survenue des risques psychosociaux.

LE STRESS PROFESSIONNEL Le modèle de Siegrist

Dans une situation de stress, l'individu évalue



**Il y a stress lorsque l'effort fourni est évalué
comme n'étant pas « payé en retour »**

STIMULUS

Pour cet auteur, les efforts regroupent le rythme et la charge de travail, les heures supplémentaires, les efforts physiques, les interruptions de tâches... Les récompenses, quant à elles, sont représentées par le respect du salarié, le soutien, les perspectives de carrières, la rémunération, la sécurité de l'emploi.

²⁴ LEGERON, Patrick. *Stress et risques psychosociaux au travail*. [En ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/performance_en_sante/editions_precedentes/2014/29-8-14/1_LEGERON.pdf

1.4 – Risques psychosociaux : l’hôpital public concerné ?

Le monde hospitalier n’est pas épargné par les manifestations de souffrance au travail comme en atteste le suicide d’un médecin à l’hôpital Georges Pompidou en décembre 2015, suicide qui déclenchera une enquête pour harcèlement moral. Plus récemment une infirmière du groupement hospitalier du Havre se donnera la mort en mettant en causes ses conditions de travail. Un infirmier du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Toulouse mettra fin à ses jours en juin 2016, la direction reconnaitra son suicide comme un accident du travail. Ces signes de souffrance sont extrêmes et ne sont heureusement pas habituels. Par contre, les arrêts maladie sont fréquents. L’absentéisme touche de façon prégnante les hôpitaux. *« L’une des manifestations les plus tangibles du malaise des personnels soignants est sans doute l’absentéisme, qui a pris des proportions particulièrement préoccupantes et de plus en plus dénoncées (cf. Cour des Comptes, 2009). Le phénomène révèle les difficultés des agents à retrouver leur place au sein du paysage hospitalier en recomposition, dans lequel la question de leur bien-être au travail est insuffisamment prise en compte. Il constitue également une forte préoccupation pour le concepteur de l’organisation du travail, car le phénomène induit des variations non anticipées des effectifs et donc des ressources sur lesquelles compter pour faire fonctionner un service. Enfin, l’absentéisme a des effets dans toute l’organisation, perceptibles jusqu’aux patients mêmes (cf. Giugliani et al. (2009) qui évoque l’augmentation des plaintes de patients en France depuis la loi sur l’Hôpital de mars 2002). »*²⁵

Le modèle d’évaluation de Siegrist a fait partie d’une étude plus large menée dans les établissements publics de santé. La démarche ORSOSA, réalisée sur plusieurs CHU dont le CHU de Grenoble identifie les risques psychosociaux, mais s’attache aussi aux risques environnementaux, aux troubles musculo-squelettiques. Cette démarche fait le constat suivant : *« La première question est celle de la préservation de la santé des soignants face à un environnement de travail qui peut être pathogène. Plusieurs travaux convergent pour*

²⁵ BRAMI, Laurent et al. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l’absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management et avenir*. 2013. N°61. Page 169

montrer un lien entre un climat organisationnel défavorable au travail incluant, entre autres, la forte demande psychologique au travail, les mauvaises relations interpersonnelles, le travail en sous-effectif ou encore l'absence d'opportunités d'évolution de carrière, et la survenue de troubles musculo-squelettiques »²⁶.

Ce constat alarmant est d'ailleurs repris par Mme Elodie Montreuil qui affirme que, ce qui devrait être considéré comme une récompense selon Siegrist, à savoir la sécurité de l'emploi, devient dans le contexte contraint actuel source de risques psychosociaux : *« les établissements de la fonction publique sont également fortement concernés par l'impact de ces évolutions. De plus, contrairement aux idées reçues, la question du statut des agents n'est que rarement protectrice au regard des risques psychosociaux. Elle peut même dans certains cas favoriser le développement de pratiques de management pathogènes visant à faire partir les agents »²⁷*

Dans la fonction publique hospitalière, siège de notre étude, le management de proximité repose sur le cadre de santé. *« La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne peut pas s'externaliser. Au quotidien, le manager de proximité, qui organise le collectif de travail et prend les décisions au plus près des salariés, en est le premier garant. Il est aussi un relais essentiel avec la hiérarchie de l'entreprise : c'est lui qui fait remonter les difficultés rencontrées par les salariés et qui informe ces derniers sur les orientations et projets de l'entreprise. Son rôle d'écoute est fondamental : il est intéressant de noter que 64% des salariés souhaiteraient, pour mieux être entendus, développer les occasions d'échange informel avec leur supérieur hiérarchique immédiat »²⁸* Dans le chapitre suivant, après un rappel historique de l'évolution du management, nous verrons le rôle et les missions des cadres de santé hospitaliers.

²⁶ LAMY, Sébastien et Al. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital ? ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé publique*. Juillet-août 2013. Volume 25 n°4. Page 397.

²⁷ MONTREUIL, Elodie. *Prévenir les risques psychosociaux*. Paris : Dunod, 2011. Page 10. (Fonctions de l'entreprise).

²⁸ LACHMANN, Henri. *Bien être et efficacité au travail*. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Février 2010. Page 7.

2- Le cadre de santé à l'hôpital, acteur central de la prévention des risques psychosociaux

2.1- La lente évolution du management au fil de l'histoire

« *Le management ne peut être immuable dans une société traversée par de multiples changements.* »²⁹

Les méthodes de management se sont adaptées aux évolutions sociétales, du taylorisme qui empêchait toutes initiatives du salarié au management participatif qui implique l'individualité au sein d'un collectif. Mais, il existe désormais d'autres courants comme le « lean-management », dérivé du management par la qualité et qui préconise un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Le « management agile », lui, prône pour une flexibilité de tous les instants en développant les compétences des acteurs de terrain. Cependant, ces deux types de management ne font qu'émerger au niveau de l'hôpital public. Nous ne les aborderons donc pas dans ce devoir.

2.1.1. Le courant mécaniste de 1900 à 1930

C'est, au début du XX^{ème} siècle, sous l'impulsion de théoriciens tels que M. Frédéric Winslow Taylor [1856-1915], M. Henri Fayol [1841-1925] et M. Max Weber [1864-1920] que se développe l'organisation scientifique du travail. Afin d'augmenter la productivité, les tâches sont spécialisées à l'extrême, parcellisées et standardisées.

²⁹ THIETART Raymond-Alain. *Le management*. 13^{ème} édition. Paris : éditions PUF, 2012. Collection Que sais-je. Page 123.

Dans ce type d'organisation, l'autorité est centralisée, statutaire. Conception et réalisation sont bien différenciées. Le chef réfléchit, conçoit et contrôle. Le subordonné exécute. M. Henri Fayol donne, en 1916, cinq fonctions à l'encadrement. Administrer c'est planifier, organiser, coordonner, commander et contrôler.

La communication se résume à une simple diffusion d'informations descendantes, suivant le circuit hiérarchique. Pour l'exécution des tâches, le personnel ne reçoit que les données strictement nécessaires à la réalisation de celles-ci.

En février 1936, M. Charlie Chaplin dénonce cette approche dans une caricature du travail à la chaîne au travers de son film « Les temps modernes ».

Le management bureaucratique, caractéristique du taylorisme se retrouve dans les organisations de type pyramidal, ne tolérant ni délégation, ni autonomie pour son personnel. Les initiatives sont quasiment inexistantes. Les ordres viennent de la hiérarchie, le personnel n'est qu'exécutif. Ce management consiste à faire appliquer aux subordonnés des règles de fonctionnement préalablement édictées. Le respect de ces règles passe par le contrôle, pierre d'équilibre du pouvoir.

Le pouvoir hiérarchique est renforcé par la maîtrise de l'information : l'information donnée aux subordonnés n'est qu'opératoire.

2.1.2. Le courant humaniste de 1930 à 1960

Pour répondre aux excès du taylorisme, des théoriciens tels que M. Elton Mayo [1880-1949], M. Carl Rogers [1902-1987], M. Abraham Maslow [1908-1970] introduisent les relations humaines dans l'entreprise. Ils démontrent que la productivité augmente si la motivation du personnel est prise en compte. « *L'individu est valorisé en vue d'un accroissement de ses performances.* »³⁰ Priorité est donnée au travail d'équipe, à la recherche de la bonne ambiance. « *Les relations humaines et la dynamique des groupes deviennent l'axe central du management pour augmenter la productivité.* »³¹

³⁰ CHAUVET, Alain. *Méthode de management : le guide*. 2^{ème} édition. Paris : Editions d'organisation, 1997.

Page 41

³¹ Ibid

M. Abraham Maslow démontre en 1954 que chaque individu agit et réagit en fonction d'une pyramide de besoins (physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et d'autrui, de réalisation de soi). L'individu accède uniquement au niveau strictement supérieur si le précédent est atteint. Ainsi, selon sa théorie, la productivité de quelqu'un (niveau 5) peut être dégradée s'il ne se sent pas intégré à son équipe de travail (niveau 3).

L'autorité est fondée sur la personnalité du cadre. Cependant, l'entreprise ayant avant tout un but économique et non humain, on voit se développer démagogie et paternalisme. « *Le management hyper affectif est une des principales « plaies » des établissements de santé.* »³²

La communication est alors descendante et ascendante mais l'organisation étant toujours de type pyramidal, la communication transversale, entre services n'existe pas. Le management par les relations humaines voit le jour parce que certaines faiblesses ont été trouvées : l'influence réciproque qui s'exerce entre les comportements individuels et la pratique du management va être prise en compte.

« *Un chef hiérarchique doit montrer l'importance qu'il accorde à la gestion de son équipe en démontrant par ses actes, que les relations qui existent au sein du groupe des collaborateurs et entre eux et lui sont une de ses préoccupations constantes : une façon de montrer cette importance consiste à savoir reconnaître le travail bien fait et à être capable de féliciter tout autant que de critiquer.* »³³

Il est ainsi démontré que « *certaines motivations intrinsèques valorisantes peuvent conduire à des performances qualitatives et quantitatives supérieures à celles que l'on obtient par la carotte et le bâton.* »³⁴

C'est aussi à ce moment-là qu'apparaît la notion de bien-être au travail.

³² HART Josette, MUCCHIELLI Alex. *Soigner l'hôpital, diagnostic de crise et traitement de choc*. Vélizy : Lamarre, 1994. Collection management hospitalier. Page 43.

³³ AUBERT Nicole et Al. *Management, aspects humains et organisationnels*, 7ème édition. Paris : PUF Fondamental, mars 2002. Page 350.

³⁴ Ibid

2.1.3. Le courant actuel de 1960 à aujourd'hui

« Le management moderniste prétend réconcilier, en une vaste synthèse harmonieuse, l'économique, le social et le culturel. »³⁵

L'entreprise a hérité du taylorisme la nécessité d'avoir des règles, des procédures, un contrôle de la hiérarchie. Par ailleurs, le courant humaniste a lui montré l'importance de la notion de plaisir dans le travail, l'indispensable participation des employés aux décisions, la nécessaire prise en compte des personnes et leur implication dans la société.

« Les facteurs économiques se conjuguent avec le rejet social et culturel du travail déshumanisé et parachèvent la crise du taylorisme. »³⁶

Ce nouveau type de courant voit le jour sous l'impulsion de M. Michel Crozier, M. Erhard Friedberg, M. Renaud Sainsaulieu. Il prend en compte l'individu au sein même de l'entreprise. La ressource humaine est en train de devenir la ressource fondamentale ou plutôt celle autour de laquelle s'articulent toutes les autres. Les salariés sont plus autonomes, plus responsabilisés.

L'entreprise peut alors s'ouvrir vers l'extérieur, s'adapter à l'environnement : *« intégrer et maîtriser les incertitudes liées à l'environnement par la planification, adapter les structures aux contraintes et décentraliser les décisions caractérise ce type de management. »³⁷* Alain Chauvet va même plus loin en affirmant que *« bien plus que les moyens physiques et les infrastructures informatiques, la force de l'entreprise est contenue dans la motivation de son personnel, obtenue grâce à un management adapté. »³⁸*

L'organisation tente de maîtriser l'avenir en planifiant, en fixant des objectifs, et, en tenant compte des attentes et exigences des clients. La qualité devient un maître mot.

³⁵ LE GOFF Jean Pierre. *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*. Paris : Editions La découverte, 2000. Page 21.

³⁶ Ibid

³⁷ CHAUVET Op.cit. p.41

³⁸ CHAUVET Op.cit. p.62

« .../...l'association du personnel où chacun, à son niveau, peut avoir des objectifs de qualité, identifier des anomalies, prendre des mesures correctives. »³⁹Un autre point essentiel de ce courant moderniste concerne la communication comme l'affirme M. Daniel Bounoux en disant que « *faire se divise désormais en faire faire et faire savoir.* »⁴⁰

Dans « l'acteur et le système » M. Michel Crozier et M. Erhard Friedberg vont démontrer que « *.../...pour pouvoir convenablement remplir sa tâche ou la fonction assignée à son poste, un individu aura besoin d'informations provenant d'autres postes détenus par d'autres individus.* »⁴¹ La communication prend une place importante dans l'entreprise.

Vers la fin des années soixante-dix, les entreprises et établissements publics ont été influencés par des courants de pensées venant d'autres pays comme le Japon. Ainsi, né avec l'apparition des cercles de qualité, le management de la qualité prône l'implication du personnel afin d'obtenir une qualité de travail maximale. « *Le sens de l'encadrement est donc de promouvoir une qualité de services adaptés aux besoins des clients, et de promouvoir pour cela les acteurs qui dispensent cette qualité dans la limite des normes professionnelles.* »⁴²

L'accent est mis sur la valorisation du travail effectué, où chacun est responsable, capable d'initiatives. « *Le secret du management par la qualité est de ne pas avoir à manager : personne n'aime être dirigé ou contrôlé ; en revanche, la plupart d'entre nous mettra de l'ardeur à effectuer un travail dont il est fier, particulièrement dans des métiers de vocation comme ceux de la santé.* »⁴³M. Michael Balle propose de résumer le rôle du cadre : « *Le rôle fondamental de l'encadrement est alors de former les soignants à un travail de qualité, de produire des soignants avant de produire des soins.* »⁴⁴

³⁹ CHAUVET Op.cit. page 78.

⁴⁰ BOUGNOUX, Daniel. *Sciences de l'information et de la communication*. Paris : Larousse, 1993. Page 12.

⁴¹ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Le seuil, 1977. Page 86.

⁴²HART Josette. Le sens de l'encadrement. *Soins cadres*. 3ème trimestre 2000. N°35. Page 29.

⁴³ BALLE Michael, CHAMPION-DAVILLER Marie-Noëlle. *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. Paris : Masson, 2000. Collection encadrer l'hôpital. Page 185.

⁴⁴ Ibid.

Puis, dans les années qui suivent, sous l'influence Nord-américaine, la notion de management participatif apparaît. Ce type de management se base sur la responsabilisation, sur la motivation du personnel obtenues en délégrant afin de faire participer : *« le travail devrait permettre à l'individu de se sentir personnellement responsable d'une portion significative de tâches qu'il assume. Le travail a un sens quand l'individu produit un résultat grâce à un effort personnel. »*⁴⁵

Projets et organisation ne se décident pas sans une implication réelle d'un personnel responsabilisé, acteur de changement où chacun à son niveau peut avoir des objectifs de qualité, être capable d'identifier des anomalies, et prendre des mesures correctives.

Ainsi, *« le rôle du responsable devient plus celui d'un animateur que celui d'un patron. Son action se situe plus au niveau de la sanction qu'il faut infliger, faisant appel pour cela à une sorte d'autocontrôle ou contrôle des subordonnés par eux-mêmes. Toutefois, cette évolution du rôle nécessite qu'une relation de confiance réelle s'établisse entre contrôleur et contrôlé sans laquelle cet exercice [la délégation] demeurerait vain. »*⁴⁶ Par ailleurs, *« si un cadre décide autoritairement de faire appliquer des méthodes participatives, on peut douter du résultat qu'il obtiendra auprès de ses subordonnés. »*⁴⁷

La délégation est donc concertée, elle nécessite l'établissement d'un contrat qui en détermine le cadre, les limites. La durée de la délégation, les moyens mis en œuvre, les connaissances à mobiliser ou à acquérir grâce à des formations sont également listés. Le cadre est alors un référent, une personne ressource mais il est aussi celui qui valide et qui contrôle. En effet, *« aucun système de management ne peut faire l'économie d'un mode de contrôle. »*⁴⁸ Il est également de la responsabilité du cadre d'annoncer à l'équipe le contrat de délégation passé avec un agent. Cependant, *« management participatif ne veut pas dire*

⁴⁵ AUBERT, Op.cit. Page 528.

⁴⁶ THIETART Op.cit. Page 121.

⁴⁷ AUBERT, Op.cit. Page 111.

⁴⁸ BALLE, Op.cit. Page 158.

*management démocratique. Je peux avoir le droit de m'exprimer sans pour autant bénéficier, sur tous les sujets d'une même égalité de vote. »*⁴⁹

Cependant, les établissements de santé vivent a priori un paradoxe car ils ont suivi cette voie vers le management dit participatif pour leur organisation mais en même temps les hôpitaux restent des organisations de type bureaucratique.

2.2- Un manager de proximité aux multiples actions

Le management, nous l'avons vu, a évolué au gré des changements sociétaux. La « mère-supérieure », infirmière experte en soins qui dirigeait les soignants dans les hospices civils a, peu à peu laissé sa place aux surveillantes de l'hôpital public. La mission principale de ces dernières n'était pas équivoque, leur dénomination résumait leur fonction. Puis, une professionnalisation des managers hospitaliers crée le métier de cadre de santé. La première école de manager hospitalier est créée en 1951 par la Croix Rouge française.

Le décret du 4 novembre 1958 met en place deux certificats d'aptitudes, un à la fonction d'infirmière surveillant, l'autre à la fonction d'infirmière monitrice. En parallèle, se mettent en place les nominations à l'ancienneté dans les services hospitaliers.

Ces certificats d'aptitudes sont abrogés par le décret du 4 octobre 1975. Ce décret réunit les deux fonctions dans un certificat unique : le certificat cadre infirmier. Ce n'est qu'en 1976 qu'apparaît un certificat cadre infirmier de secteur psychiatrique.

La réforme des études initiales d'infirmier(e)s de 1992, qui regroupe les diplômes d'infirmier psychiatrique et de soins généraux permet l'équivalence des certificats cadre.

Une dernière réforme en 1995 crée un diplôme de cadre de santé ouvert non plus aux seules infirmières mais à treize professions paramédicales.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière stipule dans son article L.714-23 que, « *le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique, dans le respect de la*

⁴⁹ LE SAGET Meryem. *Efficace, mais humain quand même*. Rueil Malmaison : Liaisons, 1996. Page 64.

responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle par le projet de service ou de département. Il est assisté selon les activités du service ou du département par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. »

Puis, le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier au corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière entraînera des modifications avec notamment, la création d'un corps unique des cadres de santé depuis lors classés en catégorie A, l'obligation d'avoir un diplôme reconnu, et un recrutement à la suite d'un concours sur titre.

L'article 4 définit également les fonctions des cadres de santé qui *« exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans des unités fonctionnelles, services, départements, ou fédérations des établissements ; des missions communes à plusieurs services ou chargé de projet au sein de l'établissement ; des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation, et médicotechniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans la cadre du fonctionnement des instituts ou écoles. »*

L'évolution de l'hôpital a modifié le rôle des cadres comme le souligne M. André Montésinos. Il *« est le chaînon stratégique du service infirmier »*⁵⁰, devenu l'intermédiaire permanent entre tous les acteurs du système de soins. Cette évolution hospitalière est liée aux politiques publiques qui poussent, face à un déficit de la sécurité sociale croissant, les hôpitaux à se restructurer, à gagner en performance, mais aussi à faire des économies. Les cadres de santé se retrouvent alors face à un défi, faire mieux avec moins : *« les cadres de proximité doivent garantir à la fois la qualité des soins, maître-mot aujourd'hui à l'hôpital, tout en diminuant les coûts de fonctionnement des services. Cette injonction paradoxale est*

⁵⁰ MONTESINOS, André. *Surveillante, une fonction à reconsidérer*. Rueil Malmaison : Arnette, 1992. Page 22.

portée par des directions d'établissements soumises à des plans de retour à l'équilibre budgétaire imposés par les autorités publiques. »⁵¹

Dans le même temps, les exigences de qualité, de transparence augmentent. La démocratie sanitaire, introduite par la loi de 2002 place l'utilisateur au centre du système hospitalier. L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation En Santé)⁵² met en œuvre dès 1999 l'accréditation des établissements de santé. Ces procédures, quadriennales, obligent les établissements à réfléchir à la qualité, à la sécurité des prestations qu'ils fournissent aux usagers. « .../... là où pour les soignants prime l'état du patient et le devoir moral de le soulager, pour la direction la priorité est la sécurisation du processus, à savoir la conformité aux règles afin d'éviter toute prise de risque mettant en jeu la responsabilité des acteurs et de l'organisation. Le risque est la « part maudite » qu'on se renvoie, dont les procédures permettent de se protéger si on les respecte à la lettre. »⁵³

La traçabilité est devenue incontournable, indispensable. En effet, « la pression augmente du fait de la menace, largement véhiculée par les médias et la société, qu'ils [les patients] portent plainte en cas d'erreur ou de dysfonctionnements au cours de leur prise en charge. Cela suppose donc pour les professionnels de santé une vigilance constante à l'information donnée, à la retranscription par écrit dans les dossiers, non seulement des prescriptions médicales et des actes de soins réalisés mais également de toutes les interactions et de tout événement susceptible ensuite d'être vérifié. »⁵⁴

Ainsi, aujourd'hui le personnel hospitalier a une conscience aiguë de l'importance de l'information donnée. Il est apparu pour les soignants une exigence croissante de prouver la délivrance des informations données aux patients, et cela s'applique de même pour les cadres envers leur équipe : « *Le rôle de communicateur de l'encadrement apparaît*

⁵¹ FOURDRIGNIER, Marc. Etre cadre de proximité aujourd'hui, mission impossible ? Dossier cadre de proximité, réalité et perspectives, *Soins cadres* 2014. N°90. Page 17

⁵² L'ANAES sera remplacée par la Haute Autorité de Santé en 2005, les procédures d'accréditation deviennent alors des certifications.

⁵³ GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 339.

⁵⁴ GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 44.

aujourd'hui comme une exigence également prioritaire. Il est sans doute le mieux placé pour transmettre cet ensemble de valeurs, de règles, de comportements, d'objectifs fédérateurs qui constituent la culture de l'entreprise. »⁵⁵ Le cadre de santé doit fédérer, contrôler, informer mais aussi donner du sens. Cependant, nous venons de le voir, travailler à l'hôpital public signifie faire face à des paradoxes, des contradictions, des défis. M. Sophie Becu nous dit que : « « le travail c'est la santé », pourtant stress, anxiété, déprime sont des maux désormais récurrents dans le monde du travail, comme le montre l'actualité récente. Les établissements de santé, déstabilisés par de nombreuses réformes depuis 15 ans suivent cette évolution sociétale. »⁵⁶

Or, comme le dit M. Jacky Merklings, « l'augmentation des risques psychosociaux relève en partie de la tension liée aux injonctions contradictoires que secrètent aujourd'hui les situations de travail »⁵⁷, injonctions contradictoires qui sont bien présentes à l'hôpital, nous venons d'en prendre la mesure.

Les risques psychosociaux ne caractérisent pas uniquement le monde de l'industrie mais touchent aussi le personnel de santé. « Ainsi la littérature a-t-elle mis en évidence que la dégradation de la qualité de vie au travail que vivent les personnels soignants, et qui se manifeste notamment par une augmentation des taux d'absentéisme, peut trouver une partie de son origine dans la montée en puissance des logiques de performances. La littérature confirme ainsi que l'étude de l'absentéisme est pertinente pour révéler les liens entre les contextes de transformation des établissements de santé, la santé au travail des soignants et la qualité des soins. »⁵⁸ Le cadre de santé se trouve alors devant un défi : prendre soin de son équipe afin qu'elle prenne soin des patients.

Management et risques psychosociaux sont liés. Cependant, même si la qualité de vie au travail est devenue un item à part entière des manuels de certifications des

⁵⁵DREVET Florence. La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir. *Gestions hospitalières*. Février 2001. Pages 110.

⁵⁶ BECU, Sophie. *La bientraitance managériale : Recherche et développement*. EHESP, filière directeur des soins. Rennes : EHESP, 2010. Page 1

⁵⁷ MERKLING Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins, *Objectifs soins management*. Septembre 2015. N°238. Page 19.

⁵⁸ BRAMI, Laurent et Al. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management et avenir*. 2013. N°61. Page 178

établissements de santé, comment le cadre de santé met-il son management au service de la qualité de vie au travail ? Pour M. Philippe Orliac, coordonnateur général des soins « *L'idée est de faire des interconnexions entre les deux termes. La bientraitance désigne tant la qualité de la prise en charge des patients que la nature des relations entre les hospitaliers eux-mêmes. Le management c'est coordonner les hommes entre eux sur la base de valeurs soignantes dans l'optique de prendre en charge le patient dans les meilleures conditions. La perméabilité entre bientraitance et management prend toute sa valeur dans le travail sur l'amélioration des conditions de travail des soignants.* »⁵⁹

Cet aspect du management pratiqués par les cadres de santé va faire l'objet de l'enquête de terrain.

⁵⁹ ORLIAC, Philippe. Bientraitance et management. *L'Hospitalier, Le magazine du CHU de Grenoble*. Juin 2014. N° 88. Page 19.

*La réalité sur
le terrain*

1- Méthodologie

Pour répondre à notre question de départ qui concerne, rappelons-le, les compétences managériales des cadres de santé à l'hôpital public et leur influence sur la prévention des risques psychosociaux, nous avons réalisé une enquête de terrain. Dans une première partie, nous allons détailler nos choix méthodologiques à propos de l'enquête sur le terrain, ainsi que notre méthode d'analyse des résultats obtenus. La seconde partie sera destinée à l'analyse proprement dite des données recueillies au travers du prisme des compétences.

1.1- L'enquête

1.1.1- Choix de la méthode

Afin d'obtenir des cadres de santé, leurs ressentis, leurs sentiments, la vision de leurs missions, nous avons opté pour des entretiens individuels. Nous avons choisi ce type de méthode de recherche par rapport au questionnaire pour plusieurs raisons. La première tient aux résultats qualitatifs qu'il est possible d'obtenir avec un entretien alors qu'un questionnaire est plus adapté à du quantitatif. Recueillir le discours des cadres de proximité, nous semblait plus essentiel. Travailler sur leur ressenti et ne pas entrer en contact réel avec les personnes interrogées nous paraissait paradoxal. En effet, « *le respect des propres cadres de référence des personnes interrogées (langage, catégories mentales) permet au chercheur lors du traitement des données de dégager des éléments riches et nuancés.* »⁶⁰

Par ailleurs, nous avons posé une limite personnelle. Nous n'avons que peu d'expérience en matière de conception de questionnaire et aucune en ce qui concerne les

⁶⁰ QUIVY, Raymond et VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2006. Page 173.

statistiques pour l'exploitation des résultats. Etablir un questionnaire et l'exploiter correctement nous paraissait délicat et sujet à caution dans le temps imparti pour ce travail de recherche.

1.1.2- Guide d'entretien

Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs afin de laisser les cadres de santé dérouler leurs pensées sans être trop enfermés par des questions qui à notre sens, risquaient de brider et d'altérer leur expression. De plus, notre position de cadre de santé appartenant à la même institution et par voie de conséquence la connaissant bien, risquait d'introduire un biais dans la recherche avec des questions qui risquaient d'être trop ciblées. Nous avons préféré laisser aux cadres de proximité l'occasion de s'exprimer à leur convenance. Malgré ces précautions, notre posture de chercheur mais aussi de professionnel œuvrant dans la même structure a peut-être parfois influencé les réponses.

Pour l'élaboration du guide d'entretien⁶¹ nous avons fait le choix d'aborder les risques psychosociaux de plusieurs manières. Comme nous l'avons vu plus précisément dans le cadre conceptuel, « *à ce jour, les risques psychosociaux au travail ne sont définis ni scientifiquement ni juridiquement. Seules des définitions empiriques existent qui, pour la plupart, situent les risques psychosociaux à l'articulation de variables individuelles, collectives ou organisationnelles, marquant ainsi le caractère composite et mal circonscrit du phénomène.* »⁶²

Afin de ne pas mettre en difficulté les enquêtés en ciblant une notion encore floue pour tout un chacun, nous avons abordé les risques psychosociaux sur plusieurs angles, sans dévoiler au moment de l'entretien l'objet réel de notre recherche. Le guide est construit autour des notions de qualité de vie au travail, de souffrance au travail et pour finir de management. Hormis la première question, destinée surtout à détendre l'enquêté

⁶¹ Guide d'entretien en annexe 2.

⁶² VALLERY, Gérard et LEDUC, Sylvain. *Les risques psychosociaux*. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 2012. (Que sais-je). Page 7.

en le faisant parler de son propre parcours professionnel, le guide ainsi élaboré devait permettre de laisser les cadres de santé s'exprimer librement.

Seule la question « *dans un monde idéal sans contrainte budgétaire, temporelle, ... si vous pouviez n'avoir qu'une seule action en faveur de la prévention des risques psychosociaux quelle serait-elle ?* »⁶³ devait faire réfléchir chacun des enquêtés, en toute fin de rencontre.

Pour voir si notre guide permettait de recueillir des données pertinentes pour notre recherche, nous l'avons testé avec le premier cadre qui avait répondu à notre mail. Nous n'avons pas retenu cet entretien pour la phase d'analyse, bien que les propos recueillis soient intéressants. Cet entretien nous a permis de réajuster certains items de la deuxième partie du guide, et de reformuler la dernière question destinée à être posée à tous. Nous avons ajouté des exemples, pistes de réflexion face au trouble ressenti par notre interlocuteur lors de cette première phase.

En effet, il nous a confié que cette dernière question l'avait dérouté et avait inhibé totalement sa réponse parce qu'elle était beaucoup trop vaste. Après reformulation, nous lui avons soumis de nouveau et il a pu alors exprimer une idée.

1.1.3- Organisation et déroulement des entretiens

Après avoir obtenu l'accord de la direction des soins pour effectuer nos entretiens au sein de l'hôpital de Grenoble, les contacts se sont faits par mail. Dans ce mail, nous avons situé le travail universitaire en décrivant le thème général de l'étude. Tous les cadres ont reçu le même texte⁶⁴ afin de limiter les projections du sujet d'étude.

Nous n'avons pas eu trop de difficultés pour avoir des rendez-vous, les cadres de santé contactés semblaient intéressés par le sujet que nous évoquions dans le mail. Le choix des enquêtés a été fait selon les critères que nous avons fixés et les disponibilités de

⁶³ Voir guide d'entretien en annexe 2. En gras page 4.

⁶⁴ Voir guide d'entretien en annexe 2.

chacun, en fonction de la date d'arrivée des réponses. En effet, en étant nous-mêmes en poste dans ce même établissement public de santé, la tentation était grande de choisir des collègues selon des critères humains « de bonnes relations », introduisant alors un biais dans notre étude.

Les entretiens se sont déroulés du 21 avril au 20 mai 2016. Nous avons fixé avec les cadres de santé des rendez-vous, que nous aurions aimé plus rapprochés mais compte tenu du calendrier des vacances scolaires, nous avons dû étaler l'enquête de terrain sur un mois. Les rendez-vous étant pris, nous avons laissé le choix, du lieu de l'entretien au cadre de santé. Certains ont souhaité que nous nous déplaçons sur leur lieu de travail, d'autres ont préféré venir sur le nôtre afin d'éviter d'être trop sollicité par leurs collaborateurs pendant l'entretien.

Bien que l'enregistrement des entretiens ait été abordé lors de la prise de contact, nous avons pris soin de réinterroger l'accord des enquêtés que nous avons obtenu sans difficulté aucune. Nous avons aussi insisté sur la destruction des fichiers audio après retranscription et sur l'anonymisation des propos recueillis. Nous leur avons par ailleurs demandé l'autorisation de faire figurer la retranscription de leurs dires dans ce travail. Nous n'avons essuyé qu'un seul refus.

Par ailleurs, la plupart d'entre eux nous ont demandé les résultats de ce travail, signe d'un réel intérêt pour le sujet, que nous avons déjà perçu avec la facilité d'obtenir des rendez-vous et le nombre non négligeable de collègues « frustrés » de ne pas avoir été interviewés.

1.2- Le terrain

1.2.1- Choix du lieu de l'enquête

Nous avons choisi de faire l'enquête de terrain au CHUGA (Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes). Bien que conscient du biais que cela peut introduire dans ce travail de recherche, il était plus envisageable, compte tenu des contraintes personnelles,

temporelles et professionnelles de réaliser notre enquête sur le lieu de notre exercice. Lieu d'exercice que nous allons présenter succinctement. De plus, cet établissement connaît un fort taux d'absentéisme par rapport à des établissements de même taille, de même typologie ce qui signe peut-être une qualité de vie au travail altérée.

<i>Absentéismes en taux</i>	Taux d'absence toutes causes	Taux d'absence hors parentalité	Taux d'absence toutes causes	Taux d'absence hors parentalité	Taux d'absence toutes causes	Taux d'absence hors parentalité
	Personnel médical		Personnel non médical		Ensemble du personnel	
Amiens	3,55%	2,30%	8,44%	6,93%	8,05%	6,55%
Angers	3,58%	1,70%	7,57%	5,50%	7,23%	5,18%
Bordeaux	7,19%	4,47%	7,47%	5,89%	5,55%	5,55%
Besançon	3,22%	1,59%	7,03%	5,22%	6,68%	4,89%
Brest	2,90%	1,41%	8,22%	6,55%	7,71%	6,06%
Caen	2,16%	0,73%	6,28%	4,81%	5,94%	4,48%
Clermont Ferrand (reconstitué)	4,49%	5,15%	8,25%	6,61%	7,99%	6,43%
Dijon	3,37%	1,75%	7,86%	6,01%	7,50%	5,67%
Fort de France	1,53%	0,88%	8,02%	7,06%	7,25%	6,34%
Grenoble	3,70%	1,87%	8,91%	7,36%	8,38%	6,81%
Lille			8,94%	7,17%		
Limoges	1,78%	0,76%	6,15%	4,93%	5,85%	4,64%
Lyon	4,69%	2,38%	7,83%	6,24%	7,59%	5,95%
La Réunion	2,77%	1,72%	7,24%	5,56%	6,80%	5,19%
Marseille			8,59%	7,09%		
Metz Thionville	4,63	0,84%	7,90%	6,07%	7,37%	5,65%
Montpellier	2,64%	1,02%	7,88%	6,55%	7,09%	5,71%
Nancy (reconstitué)	2,59%	1,08%	8,01%	6,61%	7,58%	6,17%
Nantes	4,16%	1,84%	7,66%	5,71%	7,37%	5,39%
Nice (reconstitué)	2,45%	1,49%	7,10%	5,78%	6,69%	5,41%
Nîmes	2,76%	1,77%	6,48%	4,98%	6,16%	4,71%
Orléans	2,36%	1,16%	7,04%	5,20%	6,69%	4,90%
Pointe à Pitre	4,37%	2,70%	8,38%	7,14%	8,03%	6,76%
Reims	3,07%	1,15%	7,76%	6,19%	7,40%	5,80%
Rennes	2,80%	1,44%	7,42%	5,67%	6,97%	5,26%
Rouen	3,79%	2,04%	8,83%	7,11%	8,48%	6,76%
St Etienne	3,15%	2,21%	7,53%	5,76%	7,12%	5,43%
Strasbourg (reconstitué)	2,19%	1,37%	7,70%	5,89%	7,24%	5,51%
Toulouse	3,36%	1,30%	6,95%	5,50%	6,67%	5,18%
Tours	3,41%	1,80%	7,62%	5,92%	7,27%	5,58%

L'hôpital de Grenoble a débuté son histoire au XI^{ème} siècle sous l'influence de Hugues, évêque de Grenoble, pour prendre sa dénomination de CHU en 1962. Comme pour tout CHU, ses missions couvrent les champs du soin, de l'enseignement et de la recherche.

Il est réparti sur plusieurs sites géographiques. Le site Nord qui compte mille-quatre-cent vingt-huit lits disséminés entre le bâtiment Albert Michallon, l'hôpital couple-enfant et des pavillons extérieurs. Le site Sud sur la commune d'Echirolles qui offre trois-cent-quatre-vingt-six lits, et celui constitué par la maison de retraite de la Bâtie à Saint-Ismier qui dispose de quatre-vingt lits.

Avec plus de huit mille employés, le CHU de Grenoble est un des premiers employeurs de l'agglomération Grenobloise. Il est découpé en pôles d'activité, dont quinze dépendent de la Direction des Soins et Services aux Patients avec six pôles médicotecniques et neuf pôles cliniques.

Dans cet établissement, environ cent cinquante cadres de santé travaillent dans des secteurs de médecine, chirurgie, obstétrique, urgences, réanimation mais également dans des secteurs de soins de suite et de réadaptation ainsi que dans des unités d'hébergement de longue durée.

1.2.2- Constitution de l'échantillon

Pour mettre en lien management et prévention des risques psychosociaux, il nous semble incontournable de cibler des cadres de santé, managers puisqu'ils sont, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, les pierres angulaires par lesquelles passe la qualité de vie au travail des agents. En outre, le choix d'un établissement public s'imposait puisque notre question de recherche est directement centrée sur ce type de structure. Nous aurions pu cibler les populations managées par les cadres de santé afin de recueillir leurs sentiments mais cela nous a semblé, bien que cohérent avec notre thématique de recherche, plus compliqué dans sa mise en œuvre.

Pour étudier avec objectivité les actions en matière de préservation de la qualité de vie au travail mise en place par un supérieur hiérarchique auprès de son équipe pluri-professionnelle, il est nécessaire d'auditer l'ensemble de ses collaborateurs. Pour être pertinent, il convient ensuite d'effectuer la même démarche dans plusieurs autres services,

soit au final un nombre très conséquent d'entretiens. Le critère d'infaisabilité s'est imposé à nous. Notre enquête ciblera donc uniquement des cadres de santé.

Nous avons limité le panel de personnes interrogées aux secteurs de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), qui soulignons-le, sont soumis à la T2A (Tarification A l'Activité). A contrario, les secteurs de SSR (Soins de Suite et Réadaptation), tout comme les secteurs d'hébergement, ont des sources de financement différentes, moins contraignantes que la T2A. Les SSR bénéficient encore à l'heure où nous écrivons ces lignes d'un financement issu du budget global et, les secteurs d'hébergement sont quant à eux avec un financement tripartite (Etat, collectivités locales et Assurance Maladie).

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les budgets contraints et la constante recherche d'efficacité peuvent avoir un impact sur les risques psychosociaux. Or, le financement par budget global moins exigeant en terme d'activité peut permettre dans certains cas de « limiter » les entrées de patients lorsque la charge en soins est élevée et les équipes déjà sous tension. Le financement des secteurs d'hébergement permet quant à lui le possible recours à l'intérim quand l'absentéisme est trop important ce qui est quasi impensable en secteur de MCO. Le cadre de santé ne peut ignorer que « *le contexte hospitalier actuel, composé de multiples enjeux, à la fois économiques, juridiques et stratégiques impacte de plus en plus la pratique managériale au quotidien* »⁶⁵ et, selon les modes de financement de son secteur d'activité, son quotidien ne sera pas impacté de la même façon.

Afin d'avoir un panel représentatif des cadres de santé du CHUGA, nous avons choisi une répartition selon les secteurs d'activité. Il nous semblait intéressant de voir s'il existait des différences notables en fonction des contraintes organisationnelles imposées par les spécificités de prises en charge des patients et par les politiques publiques. Ainsi, pour la médecine, le vieillissement de la population et la prise en charge de patients âgés polyopathologiques les concernent au premier plan et impactent la charge en soins. La chirurgie se voit quant à elle dans l'obligation de se réorganiser pour répondre aux

⁶⁵ STANISLAS, Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. *Objectifs soins & management*. Novembre 2012. N°210. Page 20.

exigences du Deuxième axe de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) avec le « virage ambulatoire ». Virage qui vise à augmenter la performance et à concourir aux maîtrises des dépenses de santé qui s'imposent à elle de façon prégnante.

De plus, nous avons limité nos entretiens aux cadres diplômés de l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé). Comme nous souhaitons aborder leurs missions, leurs connaissances mais aussi leurs formations, nous avons exclu du panel les faisant-fonction de cadre, bien qu'ils soient cependant assez nombreux en poste sur notre lieu d'enquête.

Nous avons également fait le choix de ne pas rencontrer de cadre supérieur de santé. En effet, avec leur niveau hiérarchique plus élevé, leur vision plus large de l'établissement et leurs missions transversales, ils sont moins proches des équipes de soins. Leurs décisions, leurs actions sont mises en œuvre auprès des agents par le cadre de santé de proximité. Il aurait été intéressant en revanche de les rencontrer si nous avions voulu parler de la qualité de vie au travail des cadres de santé.

Nous avons fait le choix de commencer par réaliser dix entretiens selon la répartition ci-dessous.

Cadres de santé	
Secteur de chirurgie	4
Secteur de médecine	5
Secteur de gériatrie	1
Plateau technique	1

Nonobstant le temps que nous nous étions fixé pour la réalisation de l'enquête de terrain, nous ne nous sommes pas interdit la possibilité d'aller vers d'autres rencontres si les précédentes ne nous semblaient pas suffisantes, mais la redondance des propos recueillis a conforté le choix préliminaire. En effet, nous voulions tendre au maximum vers une exhaustivité dans les ressentis de la population enquêtée.

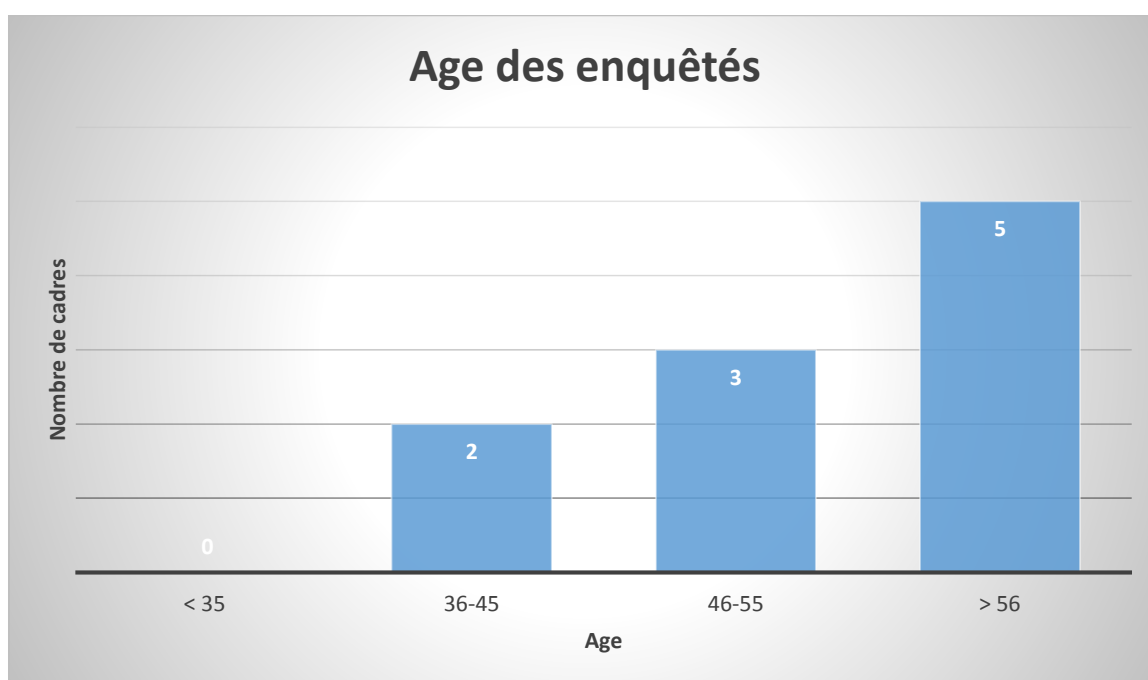
1.3- L'analyse des résultats

Nous allons maintenant établir une typologie des cadres de santé interrogés, et pour finir cette partie, définir la manière dont nous avons choisi d'organiser les données recueillies.

1.3.1- Profil des cadres interrogés

Avant de passer à l'analyse du contenu des entretiens, nous avons dressé le profil des cadres de santé rencontrés. En effet, nous pouvons supposer une différence d'appréciation de leurs rôles et missions en fonction de leur âge, de leur ancienneté dans la fonction voire dans leur service d'exercice.

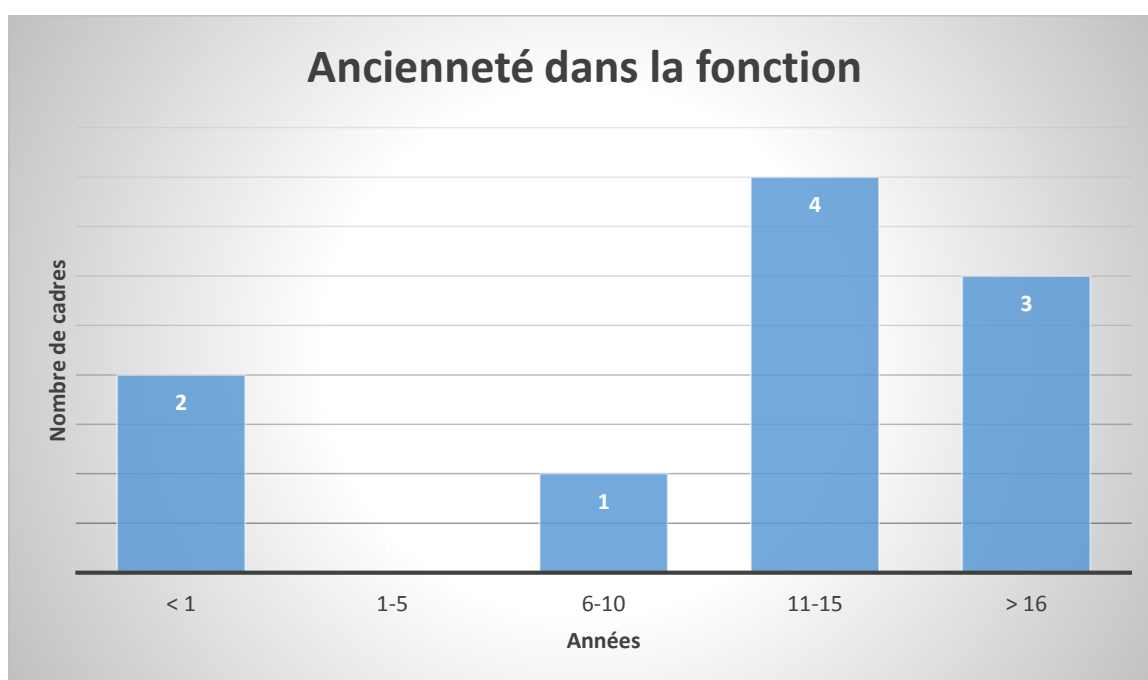
1.3.1.1- Age des enquêtés



La population des cadres de santé interrogés est âgée majoritairement de plus de quarante-six ans. Ce fait s'explique puisqu'il est établi que le choix de devenir cadre de santé ne se fait qu'après plusieurs années d'exercice professionnel. Notre panel d'enquêtés reflète assez bien la population des cadres hospitaliers.

Une étude de juillet 2013 publiée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) montre que « *le personnel d'encadrement est nettement plus âgé que les autres professions soignantes et les sages-femmes (48 ans et demi en moyenne, contre 37 à 41 ans pour ces autres professionnels), ce qui correspond à l'expérience requise pour l'exercice de cette fonction.* »⁶⁶

1.3.1.2- Ancienneté dans la fonction

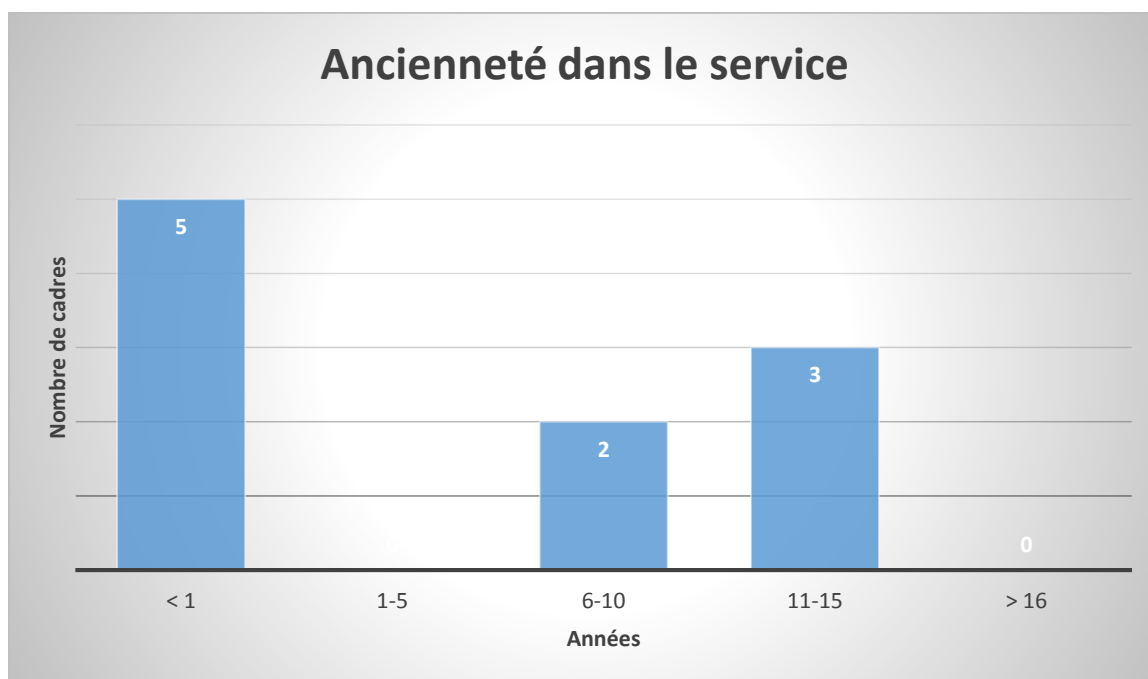


Cette répartition des cadres en fonction de leur ancienneté est logique au regard de leur âge. En effet, 80 % des cadres interrogés ont plus de 10 ans d'expérience

⁶⁶DREES. *Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé*. [En ligne]. Juillet 2013. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er846.pdf>. [Consulté le 26/06/2016]

professionnelle. Par contre, il est licite d’imaginer un biais lié à l’étudiant chercheur. En effet, il peut avoir induit des réponses plus rapides des cadres confirmés du fait même de sa propre ancienneté institutionnelle. Les cadres plus jeunes ont-ils des difficultés à s’exprimer à propos leurs missions ? Les questions restent posées, nous n’avons pas pu explorer ces pistes de réflexion. Toutefois, nous pouvons supposer que notre panel, fort d’une expérience professionnelle riche, fera état de réflexivité et de questionnements pertinents sur sa fonction.

1.3.1.3- Ancienneté dans le service



La majorité des cadres de santé a fait preuve de mobilité au cours de sa carrière. La moitié d’entre eux vient de changer de service. Il sera intéressant pour la suite de notre enquête de comparer leurs expériences personnelles enrichies par des changements de service, d’équipe, d’encadrement supérieur, de collaborateurs. Peut-être ont-ils pu voir des différences notables dans la qualité de vie au travail en fonction de leur poste ? Peut-être se sont-ils forgé un idéal ?

1.3.2- Organisation des données

La première étape de traitement de données a consisté en une retranscription intégrale des entretiens. Afin de faciliter la lecture des extraits d'entretien, nous avons fait le choix lors de l'anonymisation de prénommer les cadres⁶⁷. Après cette étape certes fastidieuse et chronophage mais qui permet une exhaustivité dans le traitement ultérieur des données, nous avons choisi de regrouper les dires des cadres de santé dans un tableau Excel, d'en extraire les verbatim les plus pertinents à nos yeux.

En effet, les cadres de santé n'ont pas forcément abordé les thèmes dans le même ordre, puisque non tenus par un cadre d'entretien strict. Cette étape de tri nous a permis de faire apparaître des thèmes récurrents, permettant alors un classement des données.

1.3.3- Choix de la méthode d'analyse

Après le classement des données des entretiens, l'heure est à l'analyse du contenu. Prférant partir des dires des cadres plutôt que de notre recherche bibliographique, nous avons choisi de réaliser une analyse inductive de nos données. En effet, « *il [l'analyste] part directement des données sans être contraint par son cadre théorique de départ, et l'approche est alors dite inductive.* »⁶⁸

Pour analyser les dires des cadres, nous allons passer les données sous le prisme de la compétence afin de répondre à nos hypothèses. En effet, notre problématique interroge les compétences managériales des cadres.

Mais qu'est-ce qu'une compétence ? M. Lou Van Beirendonck nous en donne une définition : « *Pour nous, la compétence est une caractéristique observable, constituée de connaissances, de savoir-faire ou de comportements et qui contribue à la performance dans*

⁶⁷ Cf annexe 3 : tableau synthèse caractéristiques sociodémographiques des cadres

⁶⁸ BRECHON, Pierre (sous la dir). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2011. Page 66.

un rôle ou une fonction spécifique. »⁶⁹ Il est rejoint en cela par M. Francis Boyer qui dit que « *la compétence est la somme des savoirs, savoir-faire et savoir-être* »⁷⁰

Nous allons donc analyser les données recueillies selon ces trois axes, à savoir le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Afin de faciliter la lecture de cette partie, nous avons enlevé des verbatim extraits des entretiens, tous les artefacts inhérents aux conditions d'entretien (tics verbaux, hésitations, silence, ...). Les propos intégraux sont disponibles en annexe de ce travail.

2- Une approche par compétences du cadre de santé

Que signifie pour les enquêtés qualité de vie au travail ? Risques psychosociaux, souffrance au travail, que mettent-ils derrière ces maux, ces mots ? Ont-ils connaissance des obligations législatives qui encadrent la prévention des risques psychosociaux ? Comment voient-ils leur rôle au quotidien auprès de leurs équipes ? C'est ce que nous allons aborder dans cette partie.

2.1- Le savoir

2.1.1. La qualité de vie au travail : une nécessité

Pour les cadres de santé interrogés, la qualité de vie au travail est un savant mélange de plaisir, de bien-être : « *La qualité de vie au travail c'est pour moi se sentir bien au*

⁶⁹ VAN BEIRENDONCK, Lou. *Management des compétences, évaluation, développement, gestion*. Paris : Editions De Boeck, 2004. Page 19.

⁷⁰ BOYER Francis, Conférence « le management du plaisir au travail ». *Rencontres annuelles FHF des cadres 2016*, 4^{ème} édition, Paris le 30 mars 2016.

travail »⁷¹, « ça veut dire qu'on vient au travail en ayant plaisir à venir travailler, donc dans la qualité il y a la notion de plaisir »⁷².

La qualité de vie au travail pourrait aussi se voir dans l'envie du personnel de venir travailler, sans appréhension : « Pour moi la qualité de vie au travail c'est l'intégration quand on arrive, c'est comment on se sent au travail »⁷³, mais aussi « déjà c'est arriver le matin en étant assez détendue »⁷⁴. Johanna nous dit même que « Ça signifie de vouloir encore venir le matin sans avoir la boule au ventre et d'arriver à trouver encore quelque chose, à ressortir des trucs intéressants de sa journée. »⁷⁵

Pour Marie-Laure et Elise, qualité de vie au travail et partage de valeurs sont étroitement liées quand elles nous disent réciproquement « La qualité de vie au travail pour moi c'est déjà avoir envie de venir, avoir envie de faire des projets, de les suivre et de travailler avec des gens qui partagent les mêmes valeurs. »⁷⁶ et « c'est pouvoir travailler selon mes valeurs, et en collaboration avec des gens qui ont les mêmes valeurs que moi. »⁷⁷

Elles rejoignent en cela Mme Sophie Becu qui, en 2012 déclarait : « passer du management bureaucratique, hiérarchisé et rigide à un autre management, respectueux et soucieux de l'autre, nécessite pour l'encadrement, d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles qui s'appuient sur l'éthique, le concept de bientraitance et sur les valeurs partagées. »⁷⁸

⁷¹ Entretien de Gilbert. Page 98, retranscription en annexe n° 4.

⁷² Entretien de Frédérique. Page 156, retranscription en annexe n° 8.

⁷³ Entretien de Myriam. Page 140, retranscription en annexe n° 9.

⁷⁴ Entretien d'Anaïs. Page 147, retranscription en annexe n° 10.

⁷⁵ Entretien de Johanna. Page 168, retranscription en annexe n° 12.

⁷⁶ Entretien de Marie-Laure. Page 118, retranscription en annexe n° 6.

⁷⁷ Entretien d'Elise. Page 126, retranscription en annexe n° 7.

⁷⁸ BECU Sophie, bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. Collectif. Dossier bientraitance et management. *Soins cadres*. 2012. N°83. Pages 14.

2.1.2. La législation : des connaissances lacunaires

Nous venons de voir que les cadres de santé interrogés sont capables de qualifier la qualité de vie au travail, en revanche lors des entretiens nous nous sommes aperçus que leurs connaissances sur les aspects législatifs sont très vagues : *Une loi là-dessus ?*⁷⁹ ou bien encore « *Euh là, vaguement entendu parler mais pas plus.* »⁸⁰

Quant au plan santé au travail 2016 – 2020 c'est une notion très floue pour eux : « *Oui, je l'ai lu, mais pas plus que ça.* »⁸¹

Seule, Myriam abordera la certification : « *De toute façon dans la certification maintenant c'est un thème...* »⁸². Pourtant, la nouvelle mouture du processus de certification fait de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psychosociaux un thème incontournable comme nous le rappelle un des directeurs de la HAS en expliquant que « *en des temps de restructurations importantes du secteur de la santé, l'investissement sur la qualité de vie au travail est un moyen de veiller à la qualité des soins et au bien-être des professionnels. C'est pour cette raison que via la certification et la poursuite des travaux, la HAS veut jouer un rôle dans l'incitation des établissements de santé à mener des actions sur le sujet.* »⁸³

Bien qu'ignorant en grande partie les aspects législatifs et réglementaires, les cadres n'ont par ailleurs pas eu ou pas demandé de formation sur les risques psychosociaux. Ceci est plutôt paradoxal puisque nous verrons dans les chapitres suivants qu'ils considèrent majoritairement que la prévention des risques psychosociaux leur appartient. Cela fait partie de leurs missions au sein de l'institution.

⁷⁹ Entretien de François. Page 113, retranscription en annexe n° 5.

⁸⁰ Op.cit. Johanna. Page 171.

⁸¹ Entretien de Pascale. Page 134, retranscription en annexe n° 8.

⁸² Op.cit. Myriam. Page 143.

⁸³ LE-LUDEC Thomas (directeur de l'amélioration, de la qualité et de la sécurité des soins à l'HAS), Qualité des soins et qualité de vie au travail. Dossier Bien-être et plaisir au travail. *Soins*. 2014. N°790. Page 52.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ce paradoxe, d'autant que dès 2010, le rapport Couty fait des conditions de travail une de ses priorités. Priorité qui sera d'ailleurs rappelée par Mme Marisol Touraine : « *l'amélioration des conditions de travail est l'un des axes du « pacte de confiance pour l'hôpital »*⁸⁴ Est-ce dû à une offre de formation limitée, une priorité dont l'affichage n'est pas assez prégnant, une impression de maîtriser le sujet ?

2.1.3. La souffrance au travail : l'absentéisme comme signal d'alerte

Pour Anaïs « *La souffrance au travail l'un des premiers indicateurs pour moi c'est peut-être les arrêts maladies. C'est-à-dire des agents qui vont s'arrêter de manière répétitive* »⁸⁵. Quant à Myriam, elle nous dit que « *La première chose, je pense que c'est l'absentéisme* »⁸⁶. La plupart des enquêtés vont citer l'absentéisme comme une des manifestations de la souffrance au travail des agents. Absentéisme qu'ils savent comme facteur aggravant de la fatigue, de la santé des agents restants en poste.

En effet, pour Myriam « *parce que l'effectif n'est pas suffisant par rapport à la charge de travail et dès qu'il y a un arrêt maladie et bien on demande aux autres de remplacer donc elles sont tout le temps en train de changer* »⁸⁷. Elle est rejointe en cela par Anaïs quand elle dit « *Voilà alors l'idéal c'est qu'elles soient toujours là en nombre de personnel mais c'est un idéal parce que forcément dès qu'il y a des arrêts si j'ai pas de remplacement c'est des solutions dégradées donc tout de suite en rebond forcément le stress augmente quoi* »⁸⁸.

Or, comme nous l'avons vu dans les premiers chapitres de ce mémoire, « *Les enjeux sont considérables. Près d'un salarié sur quatre serait exposé à des conditions de travail susceptibles de dégrader sa santé ; le « stress » serait responsable de 50 à 60 % de*

⁸⁴ TOURAINE Marisol. La ministre répond à nos questions. *Objectifs soins & management*. Octobre 2013. N°219.

⁸⁵ Op.cit. Anaïs. Page 150.

⁸⁶ Op.cit. Myriam. Page 142.

⁸⁷ Op.cit. Myriam. Page 143.

⁸⁸ Op.cit. Anaïs page 152.

l'absentéisme dans les entreprises européennes. On évoque un coût global qui pourrait aller jusqu'à 3 à 5 % du PIB. »⁸⁹

Dans le contexte économique contraint actuel, réduire l'absentéisme est un des leviers incontournables. Nous savons par ailleurs qu'avant l'arrêt de travail il existe des signes précurseurs qui peuvent être repérés. Les cadres de santé interrogés, non formés aux risques psychosociaux, les connaissent-ils, les reconnaissent-ils ?

2.1.4 Les symptômes d'une souffrance au travail : des signes perceptibles

Les cadres de santé interrogés repèrent les signes de souffrance au travail dans les changements de comportements de leurs agents : « *Ils ne s'intéressent plus à la vie du service, aux rangements, aux pleins dans les réserves... »⁹⁰ ou bien encore « *Après c'est les heures supplémentaires forcément aussi. Alors là aussi j'ai à analyser ça, est-ce que c'est parce que il y a énormément de boulot et qu'elles n'y arrivent pas ? Est-ce que c'est parce qu'elles sont mal organisées ? Est-ce que c'est parce que elles ne sont pas bien et du coup elles arrivent pas à faire face ? »⁹¹**

D'autres enquêtés arrivent à graduer la souffrance et ses signes précurseurs « *Je pense que ça commence par le désengagement, le désinvestissement. Et puis ça peut arriver jusqu'à la boule au ventre, l'envie de pleurer en arrivant, jusqu'à la somatisation »⁹². Pour Michèle, « *Le premier symptôme qui ressort, c'est la plainte. La plainte pour un oui pour un non. »⁹³**

Comme nous pouvons le voir, les cadres associent plusieurs symptômes, comme signe d'un certain mal-être. Repérer ces signaux d'alerte est un des rôles qui semble important à leurs yeux. « *Savoir repérer ceux qui ne vont pas bien et, et ceux qui ont*

⁸⁹ GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 12.

⁹⁰ Op.cit. Marie-Laure. Page 120.

⁹¹ Op.cit. Anaïs. Page 150.

⁹² Op.cit. Johanna. Page 170.

⁹³ Entretien de Michèle. Page 2. Retranscription non disponible à la demande de l'enquêtée.

tendance à râler pour effectivement les inclure dans les projets, parce que finalement ceux qui râlent, c'est qu'ils ont des choses à dire »⁹⁴. Pourtant, « les premiers symptômes sont très insidieux »⁹⁵ comme le confirme M. Gérard Vallery et M. Sylvain Leduc « Les risques psychosociaux se révèlent complexes à la fois pour les situer dans le champ large et imprécis de la « souffrance au travail » et les identifier au sein des situations de travail. »⁹⁶

2.1.5. Des risques psychosociaux au quotidien : des conséquences

Gilbert, quant à lui va même plus loin et pense que « c'est les gens qui peuvent envoyer bouler leurs collègues, qui peuvent ne plus garder leur approche soignante avec les patients, c'est des gens qui peuvent être à terme vraiment aigris »⁹⁷. Il est rejoint en cela par Pascale qui nous dira « si les soignants ne sont pas en harmonie ils peuvent être maltraitants. »⁹⁸ Le patient, au cœur de toutes les préoccupations serait alors une victime potentielle, victime collatérale de la souffrance au travail de ceux qui sont censés prendre soin de lui. Ce lien est aujourd'hui bien établi : « promouvoir la qualité de vie au travail est totalement intriqué à la question de la qualité du travail et donc de la qualité des soins. »⁹⁹

Gilbert nous donne une explication : « Ils [les agents] ont l'impression d'enchaîner des actes, des tâches on n'est plus dans le prendre soin du patient donc du coup on perd ses valeurs soignantes, à cause de l'activité au travail donc c'est le fait qu'il y ait une charge de travail importante qui fait que du coup on a l'impression de faire mal son travail .../... les soignants se vivent comme maltraitants à cause de la structure qui les place dans ces situations-là au regard des effectifs, au regard des moyens. »¹⁰⁰

⁹⁴ Op.cit. Myriam. Page 144.

⁹⁵ Op.cit. Frédérique. Page 160.

⁹⁶ Op.cit. VALLERY, Gérard et LEDUC, Sylvain. Page 24.

⁹⁷ Op.cit. Gilbert. Page 101.

⁹⁸ Op.cit. Pascale. Page 132.

⁹⁹ Op.cit. LE LUDEC Thomas. Page 52.

¹⁰⁰ Op.cit. Gilbert. Page 104.

Cette explication est évoquée par Frédérique qui nous dit que : « *La souffrance maintenant elle est générale parce qu'en fait on n'arrive pas à faire le deuil d'un certain nombre d'éléments qui étaient moteurs dans notre conception du travail et dans nos valeurs.* »¹⁰¹ Les soignants seraient en souffrance de ne pas pouvoir prendre soin des patients comme ils le souhaiteraient. Elle rejoint en cela M. Walter Hesbeen quand il écrit « *Déconsidérer certains soins consiste à déconsidérer l'humain à qui ces soins se destinent.* »¹⁰²

2.1.6 Les contraintes institutionnelles : génératrices de souffrance

Une des causes des risques psychosociaux identifiée par les cadres de santé serait alors la charge en soin qui, en étant trop importante influencerait la souffrance au travail. Elle ne serait pas en adéquation avec les effectifs soignants attribués.

Les superlatifs ne manquent pas pour décrire la charge de travail, « *une charge lourde en soins forcément* »¹⁰³ mais aussi « *suractivité, charge de travail...* »¹⁰⁴ Les cadres de santé décriront encore la surcharge de travail en s'y associant. En effet, ils utilisent le on ou tout le monde « *On est complètement submergé* »¹⁰⁵ « *Et j crois que la charge de travail déborde sur tout le monde.* »¹⁰⁶ Frédérique, elle, dit que « *les conditions de travail deviennent de plus en plus drastiques* »¹⁰⁷ L'inadéquation entre charge de travail et effectifs alloués semble être avérée aux yeux des interviewés.

¹⁰¹ Op.cit. Frédérique. Page 160.

¹⁰² HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin*, Paris : Elsevier Masson, 2011. 62 pages.

¹⁰³ Op.cit. Anaïs. Page 151.

¹⁰⁴ Op.cit. François. Page 112.

¹⁰⁵ Op.cit. François. Page 111.

¹⁰⁶ Op.cit. Marie-Laure. Page 119.

¹⁰⁷ Op.cit. Frédérique. Page 156.

« A cause des conditions de travail notamment par rapport à la charge de travail et aux effectifs qu'on n'arrive pas à respecter. »¹⁰⁸ Gilbert et Frédérique lient souffrance et EMAA (Effectifs Moyens liés A l'Activité)¹⁰⁹, « Le problème c'est que là maintenant les équipes souffrent puisqu'on a eu les EMAA »¹¹⁰. Cette souffrance est même qualifiée de majeure par Frédérique « La souffrance des soignants, elle est, à mon sens plurielle, c'est-à-dire que la diminution des effectifs est une souffrance maximale, qui est de l'ordre de l'incompréhensible pour eux, c'est les vous plaignez pas, nous on dit une pour 12, une pour 16, alors que y a des endroits c'est une pour 12, c'est pas entendable et c'est pas défendable pour eux, donc ça c'est une souffrance majeure. »¹¹¹

Or, nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, « Selon Karasec, un travail qui soumet l'individu à une charge élevée et à une cadence rapide tout en lui laissant une faible marge de manœuvre pour organiser l'exécution de sa tâche génère une tension psychologique qui augmente la probabilité d'apparition de problèmes de santé. »¹¹²

Nous sommes là encore face à un dilemme qui oppose qualité de la prise en charge des patients et respect de budgets de plus en plus contraint par un contexte économique difficile. « Ces exigences de forme doublées par une organisation à flux tendu entraînent les soignants dans une course sans fin dans laquelle le sentiment de bien faire disparaît irrémédiablement. »¹¹³ La satisfaction au travail est mise à mal, puisque « le stress au travail apparaît quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. »¹¹⁴

¹⁰⁸ Op.cit. Johanna. Page 171.

¹⁰⁹ Note de l'enquêteur : les EMAA ont été mis en place au CHUGA durant l'année 2014. Les effectifs sont calculés sur la base d'une infirmière et une aide-soignante pour douze lits d'hospitalisation complète. Ces ratios s'appliquent dans les services non normés comme les réanimations.

¹¹⁰ Op.cit. Gilbert. Page 103.

¹¹¹ Op.cit. Frédérique. Page 159.

¹¹² MASSOUDI Koorosh. *Le stress professionnel*. Berne : Editions Peter Lang SA, 2009. Page 15.

¹¹³ MERKLING Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins, *Objectifs soins management*. Septembre 2015. N°238. Page 22.

¹¹⁴ MERKLING Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins, *Objectifs soins management*. Septembre 2015. N°238. Page 21.

Une seconde explication a été évoquée par les enquêtés : la mobilité des agents, mobilité non voulue, imposée par l'absentéisme ou par les restructurations d'unités. « *Tout ce qui tourne autour de la mobilité imposée* »¹¹⁵. Marie-Laure renchérit : « *la plus grande faille c'est cette mobilité à outrance, parce qu'il faut être mobile partout, pour tout et tout le monde à son niveau faut qu'il soit mobile.* »¹¹⁶ Nous sommes là encore devant une contradiction : pour pallier à l'absentéisme, source de risques psychosociaux pour les agents en poste, la mobilité mise en place serait elle aussi un facteur aggravant la souffrance au travail. Nous retrouvons dans la littérature des écrits qui l'attestent : « *les mobilités dans de grandes équipes gênent le sentiment d'appartenance à un groupe. Or, ce dernier est nécessaire pour éviter certains arrêts maladie.* »¹¹⁷

Pourtant, la mobilité orchestrée dans une démarche autre que celle de l'absentéisme est aussi source d'accroissement des compétences mais elle n'est jamais évoquée en termes positifs par les enquêtés dans le cadre qui est le nôtre ici. La mobilité imposée serait-elle contre-productive ? « *On tourne tous en rond, personne s'investit dans rien, j'espère qu'un jour on reviendra sur cette mobilité parce que les gens ne sont pas responsables, ils sont pas impliqués* »¹¹⁸.

Puis, les cadres de santé vont évoquer d'autres raisons à la souffrance au travail vécue par leurs agents : « *.../... désorganisation, les injonctions contradictoires, un management descendant à sens unique, et la non reconnaissance bien sûr du travail et le manque de matériel systématique...* »¹¹⁹. On retrouve la même idée dans les propos de Frédérique : « *On a le sentiment de passer d'une fonction soignant et être dans le prendre soin à une gestion pure et dure, qui fait que si avant on faisait des économies sur du matériel et on se plaignait de faire des économies sur du matériel, maintenant les économies sont aussi impactantes au niveau de la masse salariale* »¹²⁰.

¹¹⁵ Op.cit. Frédérique. Page 159.

¹¹⁶ Op.cit. Marie-Laure. Page 122.

¹¹⁷ BAILLET Christine, le cadre face à l'absentéisme, la recherche d'un équilibre. Collectif. Dossier de l'absentéisme au présentéisme, le rôle du cadre. Soins cadres.2012. N°82. Page 15.

¹¹⁸ Op.cit. Marie-Laure. Page 122.

¹¹⁹ Op.cit. Pascale. Page 134.

¹²⁰ Op.cit. Frédérique. Page 157.

François, lui, nous parle de ce qu'il perçoit comme une incohérence « *Qu'on lutte contre la maltraitance ça je conçois largement mais qu'on soit obligé de parler de bientraitance ça je ne conçois pas. Ce qui veut dire que si on parle de bientraitance ça veut dire que la qualité de vie qui devrait être une certaine harmonie au sein du travail est loin d'être respectée.* »¹²¹

Que peut faire le manager face à ce constat ? En effet, « *les cadres doivent alors lutter contre l'absentéisme pour faire tourner des services en sous effectifs, pour mobiliser des soignants parfois épuisés, tout en visant une amélioration de la qualité des soins.* »¹²²
Ont-ils des recours, des aides au niveau de l'institution ?

2.1.7. Les partenaires possibles : la médecine du travail comme acteur clé

La plupart des cadres nous ont dit solliciter la médecine du travail quand un de leur agent semble être en difficulté. Pour François, « *On arrive encore à intervenir y compris avec l'aide de la médecine du travail* »¹²³. En ce qui concerne Pascale « *quand il y a un gros souci je les envoie à la médecine du travail* »¹²⁴, quant à Myriam « *j'étais la première à croire que la médecine du travail c'était juste pour nous embêter sur notre poids et les vaccins, les radios pulmonaires, enfin encore une fois pour cocher des cases et finalement j'avais pas compris qu'on pouvait aussi les interpeller.* »¹²⁵

Pourtant, « *quel est le rôle du manager dans la santé ? Aucun. Quel est le rôle du médecin du travail dans le management ? Aucun. Cela est vrai lorsque l'on considère la santé et le travail comme deux entités tout à fait distinctes et qu'aucune intervention n'est*

¹²¹ Op.cit. François. Page 108.

¹²² FOURDRIGNIER, Marc, être cadre de proximité aujourd'hui, mission impossible ? Collectif. Dossier cadre de proximité, réalité et perspectives, *Soins cadres* 2014. N°90. Page 18.

¹²³ Op.cit. François. Page 113.

¹²⁴ Op.cit. Pascale. Page 134.

¹²⁵ Op.cit. Myriam. Page 142.

possible entre elles. »¹²⁶ Pourtant santé et travail sont bien intimement liés comme nous l'avons vu précédemment.

Afin de connaître les actions possibles au niveau de la médecine du travail, nous avons rencontré le cadre de santé en poste. Il nous dira qu'au niveau de cet établissement de santé, rien n'est en place au niveau de la prévention des risques psychosociaux. Par contre, il existe des moyens quand la souffrance au travail est présente. Moyens que les cadres connaissent puisqu'ils les ont évoqués « *C'est une démarche avec la psychologue du travail* »¹²⁷, ou bien encore « *Après on peut faire appel à une psychologue du travail éventuellement on pourrait faire aussi un groupe de parole* »¹²⁸. Certains nous ont dit avoir déjà utilisé cette ressource « *Il m'est arrivé de faire appel à la médecine du travail ou à la psychologue pour certains agents qui n'allaient pas bien.* »¹²⁹

Les cadres de santé savent aussi trouver des ressources auprès de leur hiérarchie comme l'indique Elise « *Il m'est arrivé de faire appel à notre cadre-sup'* »¹³⁰, ou à l'image de Gilbert en sollicitant des rencontres « *une réunion avec le cadre sup, ou éventuellement même avec le directeur de soins* »¹³¹. Gilbert nous dit « *on peut faire appel effectivement à quelqu'un d'extérieur et de hiérarchiquement plus élevé pour expliquer l'approche dans l'établissement.* »¹³²

Ce dernier nous citera même la démarche ORSOSA « *après y'a des démarches style la démarche ORSOSA* »¹³³, démarche très centrée sur le rôle du cadre au sein des équipes de soins.

¹²⁶ BELLEGO Maxime, LEGERON Patrick, RIBEREAU-GAYON Hubert. *Les risques psychosociaux au travail, les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*. Paris : Editions De Boeck. 2012. Page 53. (Collection Méthodes & recherches).

¹²⁷ Op.cit. Anaïs. Page 151.

¹²⁸ Op.cit. Gilbert. Page 102.

¹²⁹ Op.cit. Elise. Page 128.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Op.cit. Gilbert. Page 101.

¹³² Ibid.

¹³³ Op.cit. Gilbert. Page 102.

2.2- Le savoir-faire

2.2.1. Adapter son management aux circonstances

Dans leur grande majorité, les cadres se décrivent comme pratiquant un management à dominante participative, mais utilisant le directif si nécessaire. « *Mais voilà, on n'est jamais vraiment dans l'un ou dans l'autre, il y a toujours des moments où on est obligé d'être plus dirigiste* »¹³⁴ François, quant à lui, déplore « *Le taylorisme est largement en train de revenir de la part de la direction des soins pour nous.* »¹³⁵

Comme nous venons de le voir, « *L'exercice de la fonction d'encadrement sur la prévention des risques psychosociaux et l'accompagnement des équipes soignantes consiste à travailler surtout autour des facteurs de régulation (régulation des tensions, adaptation des ressources, expression des soignants, soutien, relais de l'institution, valorisation des compétences) permettant à l'organisation de fonctionner avec un engagement des soignants...* »¹³⁶

Exercice compliqué qui nécessite une vigilance de tout instant et de l'adaptabilité. Pour M. Rémi Engelbrecht, « *chaque situation demande des attitudes différentes, adaptées au contexte* »¹³⁷. Les cadres nous ont fait part de cette nécessaire adaptation de leur propre management aux circonstances, aux personnes, aux contextes qu'ils rencontrent chaque jour. « *Après ça dépend de la nature de chacun, moi je suis, je pense surtout dans du participatif avant d'être dans du directif mais je peux faire de tout, du semi-directif, du semi-participatif* »¹³⁸ « *parce que il faut que mon management s'adapte aussi aux circonstances du moment.* »¹³⁹

¹³⁴ Op.cit. Johanna. Page 172.

¹³⁵ Op.cit. François. Page 114.

¹³⁶ STANISLAS, Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins & management. Novembre 2012. N°210. Page 29

¹³⁷ ENGELBRECHT Remi. Faire la trace. Paris : Pearson Education France, 2008. Page 91.

¹³⁸ Op.cit. Gilbert. Page 104.

¹³⁹ Op.cit. Gilbert. Page 99.

Elise insiste sur ce point en disant « être à l'écoute et puis savoir être autoritaire quand il faut, dans la compréhension quand il faut voilà s'adapter à la situation, à l'agent, au contexte. Je pense qu'il faut être très souple dans sa façon d'être et de manager en fonction des circonstances, des agents et faut savoir s'adapter en permanence. »¹⁴⁰

Cependant, bien que les cadres adaptent leur management en permanence, ils ne perdent pas de vue leur objectif ultime : la prise en charge du patient. « J'espère être un peu attentive aux gens mais mon objectif c'est quand même le boulot et faire tourner la boutique alors j'sais pas ce que c'est comme management, ça fait un peu paternaliste attentif. »¹⁴¹

2.2.2 Organiser, une préoccupation de tous les instants

Tout changement s'accompagne de réorganisations plus ou moins profondes. « Les risques psychosociaux sont des problèmes de management. Les problèmes de management sont des problèmes d'organisation du travail. Les risques psychosociaux sont des problèmes d'organisation du travail. »¹⁴²

Dans l'organisation, les cadres de santé mettent aussi l'organisation spatiale du service : « optimiser les rangements ça fait partie d'une qualité. Donc je pense qu'évidemment le cadre il a un rôle à jouer là au milieu de tout ça quoi. »¹⁴³. Pour eux, leur rôle passe par la présence immédiate du matériel adapté aux besoins « c'est qu'ils aient du matériel adéquat pour travailler donc le matériel a une importance non négligeable »¹⁴⁴. En outre, l'optimisation du rangement est également gage de qualité, « mon rôle le plus important c'est déjà une gestion rigoureuse du service, régler les dysfonctionnements »¹⁴⁵

¹⁴⁰ Op.cit. Elise. Page 129.

¹⁴¹ Op.cit. Marie-Laure. Page 122.

¹⁴² BELLEGO Maxime, LEGERON Patrick, RIBEREAU-GAYON Hubert. *Les risques psychosociaux au travail, les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*. Paris : Editions De Boeck. 2012. Page 9. (Collection Méthodes & recherches).

¹⁴³ Op.cit. Anaïs. Page 148.

¹⁴⁴ Op.cit. Frédérique. Page 159.

¹⁴⁵ Op.cit. Elise. Page 129.

nous évoque Elise. François, quant à lui, mentionne « *le rôle du cadre est d'essayer de faire le maximum pour limiter les défauts des services, les désorganisations.* »¹⁴⁶

2.2.3. Planifier pour concilier vie privée et vie professionnelle

Les cadres de santé nous ont beaucoup parlé du planning, élément qui pour eux est prépondérant dans la qualité de vie au travail. « *La qualité de vie au travail elle est aussi beaucoup liée au planning* »¹⁴⁷ comme l'indique Gilbert. Anaïs insiste en disant « *Alors le premier moyen c'est le planning, pour moi c'est le nerf de la guerre.* »¹⁴⁸

Comme le souligne Mme Marie-Pierre Fabarez « *Il [le planning] est bien plus qu'un bout de papier : il permet de soigner, il permet de donner et de recevoir...* »¹⁴⁹

M. Anthony Vallat nous dit que « *prendre en considération les besoins et les attentes de chaque individu, tout en étant conscient que ces besoins peuvent être satisfaits si les contraintes liées à l'unité de soins le permettent. L'exemple du planning des agents est représentatif, il peut être considéré comme la clé de voûte du management hospitalier, au cœur de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.* »¹⁵⁰

Les cadres interrogés mettent derrière le planning des agents un outil de management. Pour Marie-Laure, c'est un moyen de montrer aux agents de l'intérêt, « *en montant les plannings .../... essayer de les valoriser, de dire qu'on s'intéresse à eux mais ça on a beau le faire on a nos limites aussi, on les rappelle quand même sans cesse* »¹⁵¹, bien qu'elle déplore de devoir les remodeler sans cesse avec l'absentéisme. Ce fait est d'ailleurs repris par François « *je passe mon temps à modifier les plannings tous les jours des agents donc j'ai une équipe qui bouge ... qui accepte ... sans rechigner les modifications ...faudra*

¹⁴⁶ Op.cit. François. Page 109.

¹⁴⁷ Op.cit. Gilbert. Page 100.

¹⁴⁸ Op.cit. Anaïs. Page 149.

¹⁴⁹ FABAREZ, Marie-Pierre. *L'humain d'abord*. DESP Manager RH, spécialité management psychosociologique des organisations. Grenoble : UPMF, 2012. Page 49.

¹⁵⁰ VALLAT Anthony. Op.cit. page 28.

¹⁵¹ Op.cit. Marie-Laure. Page 119.

pas que ça dure une éternité faudra qu'on stabilise parce que faire des changements de plannings en permanence ça va bien ! »¹⁵²

Lors de nos entretiens, plusieurs cadres nous ont spontanément parlé des grilles de planning comme Anaïs « .../... c'est-à-dire effectivement satisfaisant, alors ça va un peu à l'encontre de ce qui est un peu décidé pour l'instant avec l'histoire des grilles »¹⁵³. Ils semblent redouter de perdre un moyen de management puissant avec la suppression des desiderata, comme s'en inquiète Gilbert : « Donc du coup ce qui était possible avant [la mise en place des grilles] devient quasiment impossible à mon avis avec les plannings à grille donc je ne suis pas sûr qu'au niveau bien-être malgré les arguments que j'entends très bien au niveau virtuel, au niveau conceptuel dans la pratique je ne suis pas sûr »¹⁵⁴.

Leur inquiétude repose sur la perte de ce que M. Eric Vassuer nomme le donnant-donnant « Le planning doit être convivial et pratique. En couleur, informatisé disponible, mis facilement à jour, il facilite les échanges entre les différents membres du personnel. La souplesse octroyée par le cadre de santé, prise en compte des desiderata ou ébauche prévisionnelle anticipée, facilitera l'acceptation des changements avec bien souvent le concept du donnant-donnant. »¹⁵⁵

Pour les cadres de santé « une gestion du planning fondée sur la prise en considération des besoins personnels des agents est nécessaire car il est déjà porteur de nombreuses contraintes (travail de nuit, horaires variables, obligation de continuité des soins, jour de temps partiel non fixe, etc.), tout en respectant l'équité entre les agents. »¹⁵⁶

¹⁵² Op.cit. François. Page 109.

¹⁵³ Op.cit. Anaïs. Page 149.

¹⁵⁴ Op.cit. Gilbert. Page 102.

¹⁵⁵ VASSUER Éric. Continuité des soins, une coordination innovante. Collectif. Dossier de l'absentéisme au présentisme, le rôle du cadre. *Soins cadres*.2012. N°82. Page 21.

¹⁵⁶ VALLAT Anthony. Op.cit. page 28.

2.2.4. Mener des projets pour accompagner les changements

Le rôle du cadre de santé c'est aussi « *.../... accompagner les équipes dans leur travail au quotidien et les accompagner vers ce que veulent les politiques publiques de santé et ce que veut mettre en place la politique du CHU en matière de prise en charge des patients donc c'est les accompagner dans leurs difficultés actuelles vers un changement puisque on est dans une période de mouvance.* »¹⁵⁷

Gilbert soulève ici le délicat rôle du cadre qui est d'insuffler le changement. Or, le changement est source de résistance, la résistance au changement source de souffrance au travail. « *Face au changement, au mouvement permanent à la montée des contraintes, l'organisation doit pouvoir compter sur la capacité d'adaptation et de créativité de ses ressources humaines, qui précisément parce qu'elles sont humaines ne sont jamais automatiquement acquises et demeurent libres de leur engagement* »¹⁵⁸.

Mener des projets c'est « *pour amener les gens à réfléchir et changer les organisations* »¹⁵⁹. Un vieil adage ne dit-il pas que « qui n'avance pas recule » ? Gilbert le confirme en affirmant « *c'est ce qui fait la vie le projet.* »¹⁶⁰

« *Entre management de projet et management des hommes, poser un cadre qui tient pour permettre à un collectif de travail de fonctionner n'est pas toujours une tâche aisée. A travers cette régulation par le travail au cœur de l'organisation, les managers sont aujourd'hui des acteurs incontournables de la prévention des risques psychosociaux* »¹⁶¹. Cependant, cet aspect décrit par M. Yves Grasset semble être une priorité pour les cadres. Gilbert nous dit que « *c'est mener des projets parce que les projets, ça accompagne les équipes, ça accompagne le changement.* »¹⁶². Pour l'accompagnement des équipes, les

¹⁵⁷ Op.cit. Gilbert. Page 103.

¹⁵⁸ GREVIN Anouk, Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. Page 122.

¹⁵⁹ Op.cit. Gilbert. Page 103.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ GRASSET Yves et Al. Risques psychosociaux au travail. 2ème édition. RUEL-MALMAISON : Editions Liaisons, 2011, Page 205 (collections Liaisons sociales).

¹⁶² Op.cit. Gilbert. Page 104.

cadres de santé passent aussi par l'encouragement, la valorisation, même si pour François cela est dû à un manque d'autres moyens « *j'ai pas de moyens pour pallier les choses au niveau de l'équipe mis à part les encourager* »¹⁶³. Ils sont rejoints en cela par M. Anthony Vallat qui dit que « *Prendre soin de l'équipe passe également par une valorisation du travail de l'équipe* »¹⁶⁴.

2.2.5. Prévenir, une vigilance de tous les instants

Nous l'avons vu dans ce travail, même si les cadres de santé interrogés ne sont pas formés à la prévention des risques psychosociaux et ont des notions très floues en matière de réglementation, ils considèrent cependant leur rôle comme prépondérant. En effet, derrière le bien-être au travail ils voient la qualité de la prise en charge des patients. Marie-Laure nous dit que « *Ça fait partie effectivement de mon job principal, parce que pour moi mon job principal c'est que les soignants soient bien pour bien soigner les patients.* »¹⁶⁵
« *Elle [la mission du cadre de santé] est p't-être surprenante... moi c'que je ressens comme la mission la plus importante c'est de créer justement c'te ambiance dans une équipe parce que si on n'a pas ça, les patients le ressentent.* »¹⁶⁶

Elle est rejointe en cela par Johanna qui insiste sur la prise en charge du patient en disant « *Pour moi le plus important justement c'est d'essayer de ménager les équipes pour qu'elles arrivent à durer dans le temps et fournir un travail de qualité. Pour moi ma mission c'est ça, parce que si on arrive à faire ça ben forcément il y a des répercussions sur la qualité du travail, sur la qualité d'accueil des patients* »¹⁶⁷

La prévention des risques psychosociaux, même si les cadres ne l'identifient pas ainsi et par voie de conséquence ne le nomment pas sous ce vocable, à laquelle s'ajoute l'amélioration de la qualité de vie au travail sont pour eux, les bases de la bientraitance du

¹⁶³ Op.cit. François. Page 109.

¹⁶⁴ VALLAT Anthony. De l'humanisme dans le management Collectif. Dossier cadre de proximité, réalité et perspectives. *Soins cadres* 2014. N°90.

¹⁶⁵ Op.cit. Gilbert. Page 104.

¹⁶⁶ Op.cit. Marie-Laure. Page 122.

¹⁶⁷ Op.cit. Johanna. Page 171.

patient. « *Je pense que quelqu'un qui vient au travail à contrecœur ou dans de mauvaises conditions va forcément être non seulement en difficulté et éventuellement pas être bien lui-même mais peut aller jusqu'à la maltraitance des patients donc oui c'est essentiel parce que l'objectif c'est que le patient soit pas maltraité...* »¹⁶⁸

Elise nous dit aussi que la prévention des risques psychosociaux fait partie de son rôle « *parce que ça a des conséquences sur la prise en charge des patients, sur la vie d'équipe, sur la qualité des soins, faut qu'un agent soit bien sur son poste, dans ce qu'il fait, dans ce qu'il est et dans ses compétences... pas être en souffrance quoi, donc je pense que ça fait partie de notre rôle.* »¹⁶⁹

Ils considèrent que la prévention des risques psychosociaux est une partie de la prévention des risques qui fait partie intégrante de leur métier. « *La prévention des risques fait partie du management. Le problème c'est que comme on n'a pas de moyens pour faire de la prévention des risques et que les moyens de management sont quand même limités, c'est quand même très compliqué de faire avancer les choses.* »¹⁷⁰

2.3- Le savoir-être

Nous avons demandé aux cadres ce qu'ils avaient mis en place pour améliorer la qualité de vie au travail. Ils déplorent en majorité la limitation de leur moyen d'action, « *.../...c'est mon seul moyen d'action je crois pas que j'en ai d'autre* »¹⁷¹ comme nous le dit Marie-Laure et comme nous le confirme François « *à l'heure actuelle je vois pas bien les moyens qu'on donne au sein des services sachant que la politique institutionnelle est de restreindre les équipes même celles qui sont en suractivité.* »¹⁷²

¹⁶⁸ Op.cit. Frédérique. Page 165.

¹⁶⁹ Op.cit. Elise. Page 129.

¹⁷⁰ Op.cit. François. Page 113.

¹⁷¹ Op.cit. Marie-Laure. Page 120.

¹⁷² Op.cit. François. Page 109.

Cependant, ils sont en capacité de trouver des ressources personnelles, Johanna le définit comme : « *des moyens hospitaliers, institutionnels non on peut dire que c'est de la bricole quoi, vous faites avec votre imagination et la créativité.* »¹⁷³

2.3.1. Une écoute bienveillante

Comme le dit M. Denis Cocard, coordonnateur général des soins, « *se sentir écouté, respecté et considéré est d'autant plus engageant et impliquant pour faire face aux situations complexes dans un contexte économique contraint* »¹⁷⁴. L'écoute serait alors à privilégier. Les enquêtés sont en accord avec cela et soulignent à plusieurs reprises que « *les agents savent que ma porte est tout le temps ouverte* »¹⁷⁵ nous indique Gilbert signifiant en cela à leurs agents « *ma porte quand elle est ouverte faut pas qu'ils hésitent à venir en parler* »¹⁷⁶ comme le précise Myriam.

« *Il appartient alors aux cadres de développer avant tout une écoute empathique* »¹⁷⁷ Cette écoute semble importante, partie intégrante du prendre soin de la qualité de vie au travail à l'image de ce qu'exprime Frédérique « *Voilà, dans la souffrance des soignants par rapport à ma conception, ils ont le droit de l'exprimer donc ils peuvent venir me voir.* »¹⁷⁸

¹⁷³ Op.cit. Johanna. Page 169.

¹⁷⁴ COCARD Denis. La confiance, une question essentielle dans le management hospitalier actuel. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 42.

¹⁷⁵ Op.cit. Gilbert. Page 98.

¹⁷⁶ Op.cit. Myriam. Page 142.

¹⁷⁷ COCARD Denis. La confiance, une question essentielle dans le management hospitalier actuel. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 42.

¹⁷⁸ Op.cit. Frédérique. Page 159.

2.3.2. Le cadre, vecteur de liens

Mais l'écoute n'est qu'une partie de la communication qui se veut primordiale pour créer une ambiance de travail sereine. « *Je crois que le bien-être au travail ça ne s'invente pas, le seul truc c'est d'essayer de créer une ambiance de travail* »¹⁷⁹ nous dit Marie-Laure. La communication est aussi incontournable dans l'accompagnement aux changements. Or, tout changement est source de stress. « *Qu'il y ait des changements qui soient conduits maladroitement si effectivement on ne présente pas ce qu'on a à présenter, si on nous laisse pas le temps de présenter les choses et qu'on nous donne pas les moyens pour le faire* »¹⁸⁰. Ce que Myriam exprime là c'est qu'accompagner le changement fait partie pour les cadres interrogés de leur mission et concourt à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Frédérique, quant à elle fait le lien entre communication et qualité de vie au travail « *il a un rôle de médiateur et il doit à mon sens expliquer ce qui se passe à l'équipe également, de façon à ce que l'équipe puisse au moins connaître les tenants et les aboutissants et ne pas se retrouver en souffrance* »¹⁸¹. Les tenants et aboutissants dont il est fait mention constituent l'information. Aussi, le dictionnaire de sociologie différencie l'information de la communication : ainsi, l'information apporte des connaissances et fait le savoir, alors que la communication fait sens. M. Ali Aït Abdelmalek va même plus loin puisqu'il affirme que « *tout déficit en information est source d'angoisse car sans information on devient rapidement aliéné.* »¹⁸² M. Henri Minsberg souligne quant à lui que « *le cadre qui pratique la rétention d'information échange pouvoir contre efficacité.* »¹⁸³

L'information s'apparente à des données brutes, et la communication permet de donner du sens au travail en exploitant ces données, ce qu'exprime Alain Chauvet « *disposer de l'information utile est à la source de toute action.* »¹⁸⁴ Cette notion de sens au travail est reprise par Pascale qui dit que « *dans les risques psycho-sociaux ce qui est*

¹⁷⁹ Op.cit. Marie-Laure. Page 121.

¹⁸⁰ Op.cit. Myriam. Page 140.

¹⁸¹ Op.cit. Frédérique. Page 158.

¹⁸² ABDELMALEK Ali Ait, GERARD Jean Louis. *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*. 2ème édition. Paris : Masson, 2001. Page 264.

¹⁸³ MINTZBERG, Op.cit. Page 192.

¹⁸⁴ CHAUVET Op.cit. Page 214.

important c'est donner du sens. »¹⁸⁵. M. Denis Cocard enfonce le clou quand il affirme que « le « parler vrai » et la recherche de sens sont primordiaux. »¹⁸⁶ En effet, « le fait de donner du sens au travail de chacun est un outil de management puissant, un de ceux qui peut transformer un groupe et le conduire à réaliser de grandes choses. »¹⁸⁷

2.3.3. Une relation hiérarchique basée sur la confiance

La communication va permettre d'installer la confiance. « *La première mission pour moi c'est tout ce qui est de l'ordre relationnel. C'est-à-dire induire justement de la confiance avec tout ce qui est de l'ordre de la communication »¹⁸⁸ comme le dit Anaïs. Confiance qui serait elle aussi un facteur de bien-être au travail puisque « de ce point de vue, les crises de confiance au travail peuvent être interprétées comme des troubles psychosociaux »¹⁸⁹. Pour Mme Carole Sylvestre, « le manager, par sa fonction et sa mission au sein de l'organisation, est un catalyseur de confiance. »¹⁹⁰ De plus, « la perte de confiance peut être à l'origine d'une dégradation du climat et des relations, allant jusqu'aux conflits et à la défiance, pouvant induire de la souffrance et des arrêts de travail et la prise en charge du patient peut alors en pâtir. »¹⁹¹*

Une nouvelle fois, de façon indirecte mais consciente, la qualité de prise en charge du patient est au cœur des préoccupations des cadres. Anaïs va plus loin puisque pour elle, la confiance est une source de gain de qualité quand elle nous dit que « *les relations que*

¹⁸⁵ Op.cit. Pascale. Page 135.

¹⁸⁶ COCARD Denis. La confiance, une question essentielle dans le management hospitalier actuel. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 42.

¹⁸⁷ STEILER Dominique et Al. Eloge du bien-être au travail. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2010. Page 82.

¹⁸⁸ Op.cit. Anaïs. Page 152.

¹⁸⁹ VAN BELLEGHEM Laurent. Le travail de la confiance dans le management. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 28.

¹⁹⁰ SYLVESTRE Carole. De la confiance naît la performance. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 15.

¹⁹¹ LECLERQ Anne. Management à distance et confiance. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Page 34.

vous avez avec les gens elles se basent dans la confiance, dans la bonne humeur, le mieux possible, ça peut apporter une qualité supplémentaire. »¹⁹²

2.3.4. Des espaces d'échange à promouvoir

Que ce soit lors de moments formels ou informels, nous venons de voir que les cadres de santé axent leurs actions autour de la communication. La communication semble être un élément qu'ils perçoivent comme incontournable de la prévention des risques psychosociaux. Ce point est d'ailleurs confirmé par M. Anthony Vallat qui affirme que : *« Il est ainsi essentiel de prévoir des lieux et des temps d'échange »¹⁹³*. Ainsi, créer des espaces conviviaux, favorisant le plaisir de venir travailler concourt à améliorer la qualité de vie au travail. *« Il faut faire en sorte qu'il existe de la convivialité au travail. La rigueur de la gestion gagne du terrain en permanence, ce qui est loin de favoriser un climat de plaisir au travail. Aussi, pour cultiver la performance au quotidien, il est d'autant plus nécessaire d'accroître la chaleur du management. »¹⁹⁴*

« Après y a des temps de réunion... formels où y a des échanges »¹⁹⁵, « j'en ai parlé au chef de service et on a fait une réunion donc toute l'équipe soignante avec le chef de service, l'assistante, les internes pour essayer de mettre les choses à plat »¹⁹⁶, « je solliciterai une réunion pour en discuter. »¹⁹⁷ La réunion est un moyen, pour le cadre de santé de faire passer les informations mais également d'en recevoir. Comme le dit M. Balle, *« quelques réunions d'informations sont absolument nécessaires à la bonne marche de l'organisation.../... »¹⁹⁸* C'est à l'occasion de rencontres avec l'équipe pluridisciplinaire que le cadre peut être à l'écoute et répondre aux questions des agents. *« Une question est soit*

¹⁹² Op.cit. Anaïs. Page 150.

¹⁹³ VALLAT Anthony, de l'humanisme dans le management Collectif. Dossier cadre de proximité, réalité et perspectives. *Soins cadres*. 2014. N°90. Page 27 .

¹⁹⁴ DOUTRE Elisabeth. Manager par la confiance, un défi pour le cadre de santé. Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres*. 2015. N°95. Page 26.

¹⁹⁵ Op.cit. Frédérique. Page 158.

¹⁹⁶ Op.cit. Gilbert. Page 101.

¹⁹⁷ Op.cit. Myriam. Page 142.

¹⁹⁸ BALLE Op.cit. Page133.

une simple demande d'information soit une connaissance incomplète ou incertaine donnant matière à discussion, .../... »¹⁹⁹

C'est aussi un moyen pour le cadre de s'assurer que l'information a bien été reçue mais également comprise. En effet, « *diffuser des informations ne garantit pas qu'elles soient reçues : il convient donc d'en assurer la bonne réception par tous.* »²⁰⁰ Outre l'assurance de la bonne compréhension des informations qu'il délivre, le cadre peut recueillir l'information ascendante qu'il pourra ensuite transmettre à sa hiérarchie.

D'autres cadres ont évoqué les entretiens individuels comme pour Anaïs « *la première des choses c'est déjà de poser la question aux agents, de les voir en entretiens* »²⁰¹, il en est de même pour Myriam « *des petits audits de temps en temps sur comment ils se sentent, est-ce qu'ils viennent la boule au ventre* »²⁰². Michèle, quant à elle nous dira « *moi je vais les voir pour faire passer quelque chose bon je vois que ça ne va pas terrible à ce moment-là j'en profite pour leur demander ce qui va ou ce qui va pas* »²⁰³.

Nous évoquons bien ici des rencontres, des temps d'échange entre un agent en souffrance et son encadrement. Ils sont à différencier des entretiens d'évaluation individuels, obligatoires qui sont par ailleurs assez décriés dans la littérature et qui seraient un facteur de risques psychosociaux : « *les évaluations individuelles. Aujourd'hui elles sont généralisées, mais, à quoi servent-elles ? (...) l'individualisation du travail est marquée par les entretiens individuels et aussi par des objectifs individuels et des rémunérations variables individuelles. Il y a donc de plus en plus de salariés seuls face à une organisation générale et donc face à l'entreprise. C'est aussi un facteur de risques psychosociaux.* »²⁰⁴

Les enquêtés ont distingué deux types de moments privilégiés de communication : les rencontres formalisées qui viennent d'être évoquées et les moments informels qui leur semblent tout aussi importants.

¹⁹⁹ BOULA Jean-Gilles, Du savoir pratique à la « co-naissance » dans les soins infirmiers, *Droit-déontologie-soins*, 2001, n°3, Page 294.

²⁰⁰ KAPFERER Jean-Noël. Rumeurs, le plus vieux média du monde. Paris: Editions seuil, 1987. Page 15.

²⁰¹ Op.cit. Anaïs. Page 150.

²⁰² Op.cit. Myriam. Page 144.

²⁰³ Op.cit. Michèle. Page 6. Retranscription non disponible à la demande de l'enquêtée.

²⁰⁴ Op.cit. BELLEGO Maxime, LEGERON Patrick, RIBEREAU-GAYON Hubert. Page 27.

« *C'est beaucoup dans l'informel* »²⁰⁵ nous dit Michèle. A l'occasion de ces rencontres informelles, sont échangées des informations. « *Mine de rien la salle de pause c'est intéressant* »²⁰⁶ comme le précise toujours Michèle. Le caractère moins solennel que des réunions programmées font des pauses café des moments importants et incontournables de transmissions d'information. « *Beaucoup de choses qui tournent autour de la convivialité, ça va être un café le matin.* »²⁰⁷ Ces pauses sont d'ailleurs « *citées par l'ensemble du personnel comme des moments privilégiés de communication*²⁰⁸. » Certains cadres nous ont même cité des moments de convivialité organisés en dehors du contexte hospitalier, mais qui sont tout aussi importants à leurs yeux pour la cohésion et la vie des équipes : « *c'est des sorties défouloir où y a plus de relation hiérarchique* »²⁰⁹ dont Frédérique se fait l'écho.

Ces moments d'échange n'ont alors qu'un seul but : « *comprendre ce qui ne va pas bien, c'est agir pour aller mieux.* »²¹⁰

2.4- En conclusion

Bien que peu informés sur les risques psychosociaux, les cadres de santé interrogés en font une de leurs priorités. Nonobstant le caractère important qu'ils donnent à ces risques, leurs ressources sont limitées. Pourtant, ils sont capables d'enclencher certains leviers d'actions : adapter leur management, insuffler du sens au travail, mettre à disposition du matériel, communiquer et partager l'information. Nous pouvons donc, à l'issue de ce travail affirmer nos deux premières hypothèses à savoir que les cadres ont

²⁰⁵ Op.cit. Michèle. Page 3. Retranscription non disponible à la demande de l'enquêtée.

²⁰⁶ Op.cit. Michèle. Page 5. Retranscription non disponible à la demande de l'enquêtée.

²⁰⁷ Op.cit. Frédérique. Page 158.

²⁰⁸ GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle. *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris : édition PUF, 1999. Collection le travail humain. Page 138.

²⁰⁹ Op.cit. Frédérique. Page 161.

²¹⁰ FEYNIE Michel. *Le « as if » management, regard sur le mal-être au travail*. Lormont : Le bord de l'eau, 2012. Page 19. (Collection des mondes ordinaires).

bien conscience de leur rôle, que le management est un des leviers de prévention des risques psychosociaux.

Par contre, les moyens à disposition sont faibles. En effet, pour les cadres de santé la cause de souffrance au travail qu'ils ciblent tous est la non adéquation entre la charge de travail et les effectifs alloués. D'ailleurs, quand nous leur avons demandé quelle serait leur action principale en faveur de la prévention des risques psychosociaux, ils ont été plusieurs à pointer du doigt ce problème. Gilbert nous dit qu'« *il faudrait faire des études de charge de travail adapté à chaque service et mesurer la charge de travail et je pense que les gens souffriraient moins et retrouveraient leurs valeurs soignantes puisque y'a des fois c'est la structure qui place le soignant dans une position de maltraitance c'est à dire que les soignants se vivent comme maltraitants à cause de la structure qui les place dans ces situations-là au regard des effectifs, au regard des moyens matériels, au regard des différents moyens. Donc ce serait peut-être ça que la structure ne place pas les soignants en position de maltraitance liée à différents phénomènes* »²¹¹. Il est rejoint en cela par Johanna qui affirme « *je dirais que ce serait déjà d'améliorer les effectifs de l'équipe* »²¹². Myriam qui, quant à elle va jusqu'à vouloir « *enlever les EMAA !* »²¹³

Ce qui nous a semblé étonnant lors de cette analyse c'est de ne trouver aucune dichotomie dans le discours des cadres de santé, quel que soit leur âge, leur ancienneté dans la fonction, leur secteur d'affectation, leur expérience professionnelle, leur IFCS d'origine. Tous ont eu les mêmes propos, se heurtent aux mêmes difficultés et font la même analyse de leur difficulté. Puisque le seul point commun des enquêtés est l'établissement dans lequel ils exercent, il aurait de ce fait été intéressant d'aller rencontrer des cadres de santé d'autres établissements.

Un autre point nous a interpellé : ils ont dans leur grande majorité été confronté à leur propre souffrance au travail, certains ont même avoué avoir été en burn out. Michèle, dans un moyen de prévention des risques psychosociaux a cité « *Moi je parlerais de l'écoute*

²¹¹ Op.cit. Gilbert. Page 105.

²¹² Op.cit. Johanna. Page 172.

²¹³ Op.cit. Myriam. Page 145.

des cadres... Parce que je crois que c'est aussi important, quelquefois je me dis comment une équipe peut aller bien si le cadre va pas bien ? »²¹⁴

Nous terminerons cette partie par une phrase de Mme Carole Sylvestre : « *Nous pourrions dire à ce titre que l'humain reste au cœur des préoccupations professionnelles et interpersonnelles.* ²¹⁵»

²¹⁴ Op.cit. Michèle. Page 4. Retranscription non disponible à la demande de l'enquêtée.

²¹⁵ SYLVESTRE Carole. Op.Cit. Page 15.

Conclusion

L'été 2016 a été entaché par le suicide de cinq infirmières en exercice qui ont dénoncé leurs conditions de travail avant de mettre fin à leurs jours. Si le silence de la ministre de la santé est fortement décrié dans la profession, le constat de souffrance exprimé n'en demeure pas moins préoccupant.

Nous l'avons vu au cours de cette recherche que l'hôpital public, loin d'être épargné par les risques psychosociaux est le siège de souffrance au travail à tous les niveaux hiérarchiques, toutes filières confondues. Les raisons évoquées par les professionnels interrogés ne diffèrent pas de celles que nous avons retrouvées au cours de nos lectures. M. Thierry Amouroux, secrétaire général du SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers), lors du Magazine de la santé diffusé sur France 5 le mercredi 31 août 2016, les résumait ainsi *"les conditions de travail se dégradent un peu partout. La pression devient trop rude sur des professionnels que l'on pousse à bout (rappels sur repos, polyvalence imposée, perte de sens, sous-effectif, pression à l'activité). Ces réorganisations sont en rupture avec les valeurs soignantes, et débouchent sur une maltraitance des soignants et la mise en danger des patients."* Dans la même émission, il constatait également que *« on demande aux hôpitaux de réduire leur budget année après année. La première variable d'ajustement est le personnel. Les hôpitaux comptent de moins en moins d'infirmiers pour de plus en plus de patients. Ainsi, les IDE²¹⁶ enchaînent les actes techniques et n'accompagnent plus les patients. D'autant que nous sommes dans une logique de traçabilité. C'est pourquoi beaucoup de jeunes diplômés abandonnent leur métier et les plus anciens dépriment. "*

Nous pressentions avant ce travail que management et risques psychosociaux sont étroitement liés. Les cadres de santé interrogés nous l'ont confirmé. Mme Florence Michon l'affirme quant à elle : *« depuis plus de 5 ans, la question des risques psychosociaux émerge dans les établissements de santé et médico-sociaux grâce à des études internationales qui*

²¹⁶ IDE : Infirmière Diplômée d'Etat, note de l'enquêteur

ont démontré l'existence de liens entre les conditions de travail des salariés, le type de management appliqué et la sécurité des soins. »²¹⁷

Face à la souffrance au travail dans les établissements publics de santé, bien qu'il soit déjà « .../... pris dans un imbroglio organisationnel teinté d'injonctions paradoxales et se trouve confronté aux multiples enjeux hospitaliers et les restrictions budgétaires »²¹⁸, le cadre de santé fait de la prévention des risques psychosociaux un des axes majeurs de ses missions. Tous les cadres interrogés nous l'ont confirmé lors des entretiens.

Cependant, tous s'accordent aussi sur un point, leur manque de moyens. Ils avouent également un manque de connaissances. Pourtant, des outils existent et la prévention des risques psychosociaux est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. « Elle [boîte à outil mise à disposition par la HAS] souhaite développer une démarche de promotion de la qualité de vie au travail dans les services de soins, considérant que les progrès en matière de qualité et de sécurité sont obtenus en agissant prioritairement sur les facteurs humains et les organisations en mobilisant trois acteurs clés : les établissements de santé et leurs fédérations (dont les cadres de santé), les organisations syndicales et les experts visiteurs »²¹⁹ affirme M. Jean-Luc Stanislas.

Si tout un chacun s'accorde à dire que la protection sociale mise en place en France est l'une des meilleures au monde, le déficit engendré ne peut être ignoré, et les pouvoirs publics prennent depuis des décennies des mesures visant à le réduire, poussant ainsi les établissements publics à se réorganiser en permanence. Mais, « pour opérer sa transformation, l'hôpital aujourd'hui ne peut pas faire l'économie de s'appuyer sur la principale de ses ressources, les hommes qui y travaillent »²²⁰.

²¹⁷ MICHON, Florence. Pour des soignants heureux. Collectif. Dossier Bien-être et plaisir au travail. *Soins*. 2014. N°790. Page 23.

²¹⁸ STANISLAS, Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. *Objectifs soins & management*. Novembre 2012. N°210. Page 28.

²¹⁹ STANISLAS, Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. *Objectifs soins & management*. Novembre 2012. N°210. Page 29.

²²⁰ BECU, Sophie. Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. Collectif. Dossier bienveillance et management, *Soins cadres*. 2012. N°83. Page 14.

Prévenir les risques psychosociaux tout en continuant à la maîtrise des dépenses de santé, ou bien encore redonner de la qualité de vie au travail en augmentant la qualité des soins. Ne serait-ce pas là le défi qui mobilisera l'hôpital de demain ? Nous pourrions sans aucun doute compter sur l'engagement des cadres de santé pour le relever.

Nous terminerons ce mémoire par une phrase extraite de l'Eloge du bien-être au travail : « *Si nous voulons vraiment qu'un jour, dans l'entreprise, on n'additionne plus la souffrance à de la souffrance, des risques psychosociaux à des risques psychosociaux, du stress à du stress, des dépressions à des dépressions, parfois des morts à des morts, de la jouissance inconsciente à de la jouissance inconsciente, il faut accepter à la fois la mise en place d'une vraie politique préventive et globale de la gestion du stress...* »²²¹

²²¹ STEILER Dominique et al. *Eloge du bien-être au travail*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2010. Page 97.

Bibliographie

1- Ouvrages

ABDELMALEK Ali Ait, GERARD Jean Louis. *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*. 2^{ème} édition. Paris : Masson, 2001. 388 pages.

AUBERT Nicole et Al. *Management, aspects humains et organisationnels*, 7^{ème} édition. Paris : PUF Fondamental, mars 2002. 654 pages.

BALLE Michael, CHAMPION-DAVILLER Marie Noëlle. *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. Paris : Masson, 2000. 196 pages. (Encadrer l'hôpital).

BELLEGO Maxime, LEGERON Patrick, RIBEREAU-GAYON Hubert. *Les risques psychosociaux au travail, les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention*. Paris : Editions De Boeck. 2012. 101 pages. (Collection Méthodes & recherches).

BOUGNOUX Daniel. *Sciences de l'information et de la communication*. Paris : Larousse, 1993. 809 pages.

BRECHON, Pierre (sous la dir). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2011. 232 pages.

BURCKEL Marie-France, MULLER Jean-Louis. *Encadrement hospitalier, un nouvel exercice du pouvoir*. Vincennes : Editions hospitalières, 1996. 146 pages.

CHAUVET, Alain. *Méthode de management : le guide*. 2^{ème} édition. Paris : Editions d'organisation, 1997. 307 pages.

CROZIER, Michel. FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système*, Paris : Le seuil, 1977. 500 pages.

ENGELBRECHT, Remi. *Faire la trace*. Paris : Pearson Education France, 2008. 278 pages.

FEYNIE Michel. *Le « as if » management, regard sur le mal-être au travail*. Lormont : Le bord de l'eau, 2012. 220 pages. (Collection des mondes ordinaires)

GRASSET, Yves et al. *Risques psychosociaux au travail*. 2ème édition. RUEL-MALMAISON : Editions Liaisons, 2011, 285 pages (collections Liaisons sociales).

GROSJEAN, Michèle. LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris : édition PUF, 1999. 225 pages. (Le travail humain).

HART, Josette. MUCCHIELLI, Alex. *Soigner l'hôpital, diagnostic de crise et traitement de choc*. Velisy : Lamarre, 1994. 189 pages. (Management hospitalier).

HESBEEN, Walter. *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin*, Paris : Elsevier Masson, 2011. 62 pages

KAPFERER, Jean-Noël. *Rumeurs, le plus vieux média du monde*. Paris : Editions seuil, 1987. 315 pages.

LE BOTERF, Guy. *Repenser la compétence*. 2^{nde} édition. Paris : Editions d'organisation, 2010. 141 pages.

LE CARDINAL, Gilles. et al. *La dynamique de la confiance, construire la coopération dans les projets complexes*. Paris : Dunod, 1997. 243 pages.

LE GOFF, Jean Pierre. *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*. Paris : Editions La découverte, 2000. 163 pages.

LE SAGET, Meryem. *Efficace, mais humain quand même*. Rueil Malmaison : Liaisons, 1996. 72 pages.

MASSOUDI, Koorosh. *Le stress professionnel*. Berne : Editions Peter Lang SA, 2009. 199 pages

MINTZBERG, Henri. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : éditions d'organisation, 2002. 200 pages

MONNEUSE, Denis. *Le silence des cadres, enquête sur un malaise*. Paris : Editions Vuilbert, 2014. 235 pages

MONTESINOS, André. *Surveillante, une fonction à reconsidérer*. Rueil Malmaison : Arnette, 1992. 236 pages.

MONTREUIL, Elodie. *Prévenir les risques psychosociaux*. Paris : Dunod, 2011. 196 pages. (Fonctions de l'entreprise).

MUCCHIELLI, Roger. *Séminaires de Psychologie de la relation d'autorité*. Paris : ESF,1976. 144 pages. (Formation permanente en sciences humaines).

QUIVY, Raymond. VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2006. Page 173

STEILER, Dominique et al. *Eloge du bien-être au travail*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2010. 104 pages.

THIETART, Raymond-Alain. *Le management*. 13^{ème} édition. Paris : éditions PUF, 2012. 123 pages. (Que sais-je).

VALLERY, Gérard. LEDUC, Sylvain. *Les risques psychosociaux*. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 2012. 126 pages. (Que sais-je).

VAN BEIRENDONCK, Lou. *Management des compétences, évaluation, développement, gestion*. Paris : Editions De Boeck, 2004. 129 pages.

2- Articles

BRAMI, Laurent et Al. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management et avenir*. 2013. N°61. Pages 168 à 189.

BOULA, Jean-Gilles. Du savoir pratique à la « co-naissance » dans les soins infirmiers, *Droit-déontologie-soins*. 2001. n°3. Pages 292 à 304.

DESSERPRIT, Gilles. Les maux du travail en équipe. *Soins cadres*. 2015, n° spécial.

DREVET Florence. La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir. *Gestions hospitalières*. Février 2001. Pages 106 à 199.

HART Josette. Le sens de l'encadrement. *Soins cadres*. 3^{ème} trimestre 2000. N°35. Pages 29 à 33.

LAMY, Sébastien et Al. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital ? ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé publique*. Juillet-août 2013. Volume 25 n°4. Pages 389 à 397.

MAUDUIT, Laurence. Le bien-être, clé de la performance au travail. Discours de Michel Sapin, aux 4^{èmes} rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail. *Soins cadre*. 2014. N°90.

MERKLING, Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins, *Objectifs soins management*. Septembre 2015. N°238. Pages 19 à 22.

ORLIAC, Philippe. Bientraitance et management. *L'Hospitalier, Le magazine du CHU de Grenoble*. Juin 2014. N° 88. 30 Pages.

STANISLAS, Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. *Objectifs soins & management*. Novembre 2012. N°210. Pages 20 à 29.

TOURAINÉ, Marisol. La ministre répond à nos questions. *Objectifs soins & management*. Octobre 2013. N°219.

Collectif. Dossier cadre de proximité, réalité et perspectives, *Soins cadres* 2014. N°90. Pages 15 à 44.

Collectif. Dossier confiance et management. *Soins cadres* 2015. N°95. Pages 15 à 44.

Collectif. Dossier bientraitance et management, *Soins cadres*. 2012. N°83. Pages 13 à 39.

Collectif. Dossier Bien-être et plaisir au travail. *Soins*. 2014. N°790. Pages 23 à 56.

Collectif. Dossier de l'absentéisme au présentéisme, le rôle du cadre. *Soins cadres*. 2012. N°82. Pages 11 à 33.

3- Rapports

BORLOO, Jean-Louis. LARCHER, Gérard. *Plan santé au travail 2005-2009*. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. 2005. 80 pages.

COUTY, Edouard. *Pacte de confiance pour l'hôpital*. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Février 2013. 72 pages.

DEBRAND, Thierry. *L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé*. IRDES. Document de travail n°41. Mars 2011. 28 pages

LACHMANN, Henri. *Bien être et efficacité au travail*. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Février 2010 .19 pages

Plan santé au travail 2010-2014. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. 2010. 53 pages.

Plan santé au travail 2016-2020. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. 2016. 74 pages.

4- Thèses, mémoires

BECU, Sophie. *La bientraitance managériale : Recherche et développement*. EHESP, filière directeur des soins. Rennes : EHESP, 2010. 38 pages

FABAREZ, Marie-Pierre. *L'humain d'abord*. DESP Manager RH, spécialité management psychosociologique des organisations. Grenoble : UPMF, 2012. 62 pages.

GREVIN, Anouk. *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse Sciences de gestion, Nantes : Institut d'Economie et de Management, 2011. 521 pages.

5- Sites web

DREES. *Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé*. [En ligne]. Juillet 2013. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er846.pdf>

EIPAS. *Les modèles théoriques du stress au travail*. [En ligne]. 2014. Disponible sur <http://www.eipas.org/ressources.php>

ARNAULT Christian. *Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme#>

LEGERON, Patrick. *Stress et risques psychosociaux au travail*. [En ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/performance_en_sante/editions_precedentes/2014/29-8-14/1_LEGERON.pdf

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. *Les RPS, c'est quoi ?* [En ligne]. 2015. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/de-quoi-parle-t-on/article/les-rps-c-est-quoi>

Préventica, santé au travail-Dossier risques psychosociaux. 2013. [en ligne]. Disponible sur <http://www.preventica.com/dossier-risques-psychosociaux-definition.php>

Portail de la fonction publique. *La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*. [En ligne]. 2014. Disponible sur http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_les_essentiels/RPS-Plaquette-RPS-2014.pdf

6- Autres

BOYER Francis, Conférence « le management du plaisir au travail ». *Rencontres annuelles FHF des cadres 2016*, 4^{ème} édition, Paris, ESCP Europe les 30 mars et 1^{er} avril 2016.

Table des matières

Sommaire	5
Introduction	7
Cadre conceptuel	12
1. Les risques psychosociaux : une approche complexe	13
1.1. Des définitions aux limites encore floues	13
1.2. Une prise de conscience des pouvoirs publics	15
1.3. Les différents modèles d'étude	18
1.4. Risques psychosociaux : l'hôpital public concerné ?	21
2. Le cadre de santé à l'hôpital, acteur central de la prévention des risques psychosociaux	23
2.1. La lente évolution du management au fil de l'histoire	23
2.1.1. <i>Le courant mécaniste de 1900 à 1930</i>	23
2.1.2. <i>Le courant humaniste de 1930 à 1960</i>	24
2.1.3. <i>Le courant actuel de 1960 à aujourd'hui</i>	26
2.2. Un manager de proximité aux multiples actions	29
La réalité sur le terrain	34
1. Méthodologie de la recherche	35
1.1. L'enquête	35
1.1.1. <i>Choix de la méthode</i>	35
1.1.2. <i>Guide d'entretien</i>	36
1.1.3. <i>Organisation et déroulement des entretiens</i>	37
1.2. Le terrain	38
1.2.1. <i>Choix du lieu de l'enquête</i>	38
1.2.2. <i>Constitution de l'échantillon</i>	40
1.3. L'analyse des résultats	43
1.3.1. <i>Profil des cadres interrogés</i>	43

1.3.1.1. Age des enquêtés	43
1.3.1.2. Ancienneté dans la fonction	44
1.3.1.3. Ancienneté dans le service	45
1.3.2. Organisation des données	46
1.3.3. Choix de la méthode d'analyse	46
2. Une approche par compétences du cadre de santé	47
2.1. Le savoir	47
2.1.1. La qualité de vie au travail : une nécessité	47
2.1.2. La législation : des connaissances lacunaires	49
2.1.3. La souffrance au travail : l'absentéisme comme signal d'alerte	50
2.1.4. Les symptômes d'une souffrance au travail : des signes perceptibles	51
2.1.5. Des risques psychosociaux au quotidien : des conséquences	52
2.1.6. Les contraintes institutionnelles : génératrices de souffrance	53
2.1.7. Les partenaires possibles : la médecine du travail comme acteur clé	56
2.2. Le savoir-faire	58
2.2.1. Adapter son management aux circonstances	58
2.2.2. Organiser, une préoccupation de tous les instants	59
2.2.3. Planifier pour concilier vie privée et vie professionnelle	60
2.2.4. Mener des projets pour accompagner les changements	62
2.2.5. Prévenir, une vigilance de tous les instants	63
2.3. Le savoir-être	64
2.3.1. Une écoute bienveillante	65
2.3.2. Le cadre, vecteur de liens	66
2.3.3. Une relation hiérarchique basée sur la confiance	67
2.3.4. Des espaces d'échange à promouvoir	68
2.4. En conclusion	70

Conclusion	73
Bibliographie	77
1- Ouvrages	78
2- Articles	80
3- Rapports	82
4- Thèses, mémoires	82
5- Sites web	83
6- Autres	83
Table des matières	84
Annexes	88
Annexe 1 Questionnaire de Karasec	89
Annexe 2 Guide d’entretien	9
Annexe 3 Tableau synthèse sociodémographique des enquêtés	95
Annexe 4 Retranscription entretien de Gilbert	98
Annexe 5 Retranscription entretien de François	102
Annexe 6 Retranscription entretien de Marie-Laure	118
Annexe 7 Retranscription entretien d’Elise	125
Annexe 8 Retranscription entretien de Pascale	131
Annexe 9 Retranscription entretien de Myriam	137
Annexe 10 Retranscription entretien de Anaïs	147
Annexe 11 Retranscription entretien de Frédérique	156
Annexe 12 Retranscription entretien de Johanna	168

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de Karasec

Questionnaire de karasek, version francisée validée

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel
Cocher une seule case par question

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/>
2 - Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	2 <input type="checkbox"/>
3 - Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>
4 - Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	4 <input type="checkbox"/>
7 - Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	7 <input type="checkbox"/>
9 - Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	9 <input type="checkbox"/>
6 - Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	6 <input type="checkbox"/>
5 - J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	5 <input type="checkbox"/>
8 - J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	8 <input type="checkbox"/>
10 - Mon travail exige d'aller très vite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	10 <input type="checkbox"/>
11 - Mon travail exige de travailler très fort mentalement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	11 <input type="checkbox"/>
12 - On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	12 <input type="checkbox"/>
13 - J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	13 <input type="checkbox"/>
14 - Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	14 <input type="checkbox"/>
15 - Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	15 <input type="checkbox"/>
16 - Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	16 <input type="checkbox"/>
17 - Mon travail est très souvent mouvementé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	17 <input type="checkbox"/>
18 - Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	18 <input type="checkbox"/>
19 - Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	19 <input type="checkbox"/>
20 - Mon chef prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	20 <input type="checkbox"/>

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	tout à fait d'accord	
21 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	21 <input type="checkbox"/>
22 – Mon chef facilite la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	22 <input type="checkbox"/>
23 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	23 <input type="checkbox"/>
24 – Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	24 <input type="checkbox"/>
25 – Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	25 <input type="checkbox"/>
26 – Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	26 <input type="checkbox"/>
27 – Les gens avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	27 <input type="checkbox"/>
28 – Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	28 <input type="checkbox"/>
29 – les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	29 <input type="checkbox"/>

- ☞ Latitude décisionnelle : LD = “ skill discretion ” (1, 2, 3, 4, 7, 9) + “ Decision authority (6, 5, 8)
- ☞ Exigences mentales (psychological job demands) : (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)
Inverser les questions 12 (quantité excessive), 13 (assez de temps), 14 (demandes contradictoires)
- ☞ Support social
Hiérarchie : 19, 20, 21, 22, 23
Inverser la question 21
Collègues : 24, 25, 26, 27, 28, 29
Inverser la question 26

Calcul :

Latitude décisionnelle = $q1 + q2 + q3 + (5 - q4) + q7 + q9 + q6 + q5 + q8$

Exigences mentales = $q10 + q11 + (5 - q12) + (5 - q13) + (5 - q14) + q15 + q16 + q18$

Support social = support hiérarchique + support collègues

$[q19 + q20 + (5 - q21) + q22 + q23] + [q24 + q25 + (5 - q26) + q27 + q28 + q29]$

Traduction française validée au Canada (Brisson, Bourbonnais), utilisée par de Gaudemaris

Références

Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health 1981, 71 : 694-705.

Karasek R, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). American Journal of Public Health 1988 ; 78 : 910-918.

Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988;78:1336-1342.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Contact : Bonjour, je suis Chantal RIETHMULLER, cadre de santé au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes et, dans le cadre de mon mémoire de recherche en sciences sociales, je réalise une enquête sur la qualité de vie au travail. Cette enquête n'est pas un questionnaire mais une discussion libre. Les entretiens, d'environ une demi-heure me permettront de prendre en compte vos ressentis, vos questionnements, vos souhaits concernant le bien-être au travail. Ces entretiens seront totalement anonymes. Afin de ne rien perdre de vos dires me permettez-vous de vous enregistrer ? Cet enregistrement sera détruit après son exploitation.

Dimensions	Sous-dimensions	Indicateurs
Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? De votre service ?		
<p><u>Connaissance de l'enquêté</u></p>	<p>Parcours professionnel</p> <p>Expériences antérieures</p> <p>Ancienneté dans la fonction</p> <p>Ancienneté dans le service</p>	<p><i>Date d'obtention du diplôme d'état infirmier</i></p> <p><i>Date du diplôme de cadre de santé</i></p> <p><i>Services précédents</i></p> <p><i>Date d'arrivée dans ce service</i></p>

J'aimerais que nous abordions la qualité de vie au travail. Pouvez-vous me dire ce que cela signifie pour vous ?

<p><u>La qualité de vie au travail</u></p>	<p>Définition</p> <p>Connaissances sur la qualité de vie au travail</p> <p>Perception du rôle du cadre de santé</p>	<p><i>Avez-vous le sentiment que la qualité de vie au travail de vos agents est bonne ? Pourquoi avez-vous ce sentiment ?</i></p> <p><i>Pensez-vous que le cadre a un rôle important dans la qualité de vie au travail des agents ? Pourquoi ? Lequel ?</i></p> <p><i>Pour améliorer la qualité de vie au travail de quels moyens (humains, temps, ...) disposez-vous en tant que cadre de proximité ?</i></p> <p><i>Avez-vous mis en place des choses afin de préserver ou d'améliorer le bien-être au travail des agents du service ?</i></p> <p><i>Avez-vous le sentiment que les choses changent depuis quelques années ?</i></p>
---	---	---

Nous avons la qualité de vie au travail, j'aimerais que vous me parliez de la souffrance au travail, de ses manifestations, de ses causes, de ses conséquences

<p><u>Les risques psychosociaux</u></p>	<p>Connaissances sur les risques psychosociaux ?</p> <p>Connaissance de la législation</p> <p>Importance accordée à la prévention des risques psychosociaux</p>	<p><i>Quels sont selon vous, les signes qui manifestent une souffrance au travail de l'équipe ?</i></p> <p><i>Taux d'absentéisme ?</i></p> <p><i>Feriez-vous quelque chose si vous aviez l'impression que votre équipe est en souffrance ? Quoi ?</i></p> <p><i>Connaissez-vous le plan santé au travail 2016-2020 ?</i></p> <p><i>Avez-vous connaissance d'une loi qui aborde la qualité de vie au travail ?</i></p> <p><i>Quelles ressources pourriez-vous solliciter pour vous aider dans une démarche de prévention des risques psychosociaux ?</i></p> <p><i>Quels sont les facteurs qui selon vos influencent les risques psychosociaux ?</i></p>
--	---	---

Pouvez-vous me dire comment vous voyez les missions d'un cadre de santé ?

<p><u>Le management</u></p>	<p>Prévention de la souffrance au travail</p> <p>Rôle du cadre</p> <p>Lien entre management et prévention des risques psychosociaux</p>	<p><i>Quelle est, selon vous, la mission qui vous semble la plus importante en tant que cadre de santé ?</i></p> <p><i>Quel type de management pensez-vous pratiquer ?</i></p> <p><i>Considérez-vous que la prévention des risques psychosociaux fait partie de vos missions ? pourquoi ? Si non, à qui est-elle dévolue ?</i></p> <p><i>Avez-vous pu bénéficier de formations sur les risques psychosociaux ?</i></p> <p><i>Dans un monde idéal sans contrainte budgétaire, temporelle, ... si vous pouviez n'avoir qu'une seule action en faveur de la prévention des risques psychosociaux quelle serait-elle ?</i></p>
------------------------------------	---	---

Pour terminer, j'ai quelques questions à vous poser afin de mieux analyser cet entretien

<p><u>Fin de l'entretien</u></p>		<p>Homme () Femme ()</p> <p>Age ?</p> <p>Date du diplôme d'état infirmier ?</p> <p>Date du diplôme de cadre ?</p> <p>Nombre d'agents en ETP ?</p> <p>Dans le service depuis ?</p>
---	--	--

Cet entretien est terminé, je vous remercie de votre collaboration. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Stress, harcèlement, épuisement professionnel, burn-out, ... autant de mots pour des maux liés au travail d'aujourd'hui. Comme l'ont montré certains événements tragiques et récents, les soignants des établissements publics de santé ne sont pas exempts de risques psychosociaux.

La littérature montre un lien étroit entre management et risques psychosociaux. Ce mémoire de recherche est centré sur leur prévention au travers des compétences managériales du cadre de santé.

Prévention rime avec prise de conscience, il était donc intéressant d'aller interroger des cadres de santé d'un hôpital public pour évaluer la perception du rôle qu'ils ont en la matière. Causes et conséquences des risques psychosociaux ont été évoquées par les cadres, mais in fine l'expression de leurs difficultés et de leurs moyens d'action a permis d'appréhender les limites à la promotion de la qualité de vie au travail des agents.

Mots clé : risques psychosociaux, qualité de vie au travail, management, hôpital public, cadre de santé

Stress, harassment, burn-out, ... these words concern pains occurring at work nowadays. Some tragic and recent events showed that caregivers working in public health establishments are also concerned by psychosocial risks.

Literature shows a close relationship between management and psychosocial risks. This research paper is focused on their prevention through health framework managerial skills.

Since prevention goes hand in hand with awareness, it was interesting to interview public hospital health framework, in order to assess the perception of the role they are playing. The psychosocial risks causes and consequences have been evocated by the executives. However, in fine, expressing their difficulties and their means of action permitted to challenge the limits to the promotion of the employee's quality of working life.

Key words : psychosocial risks, quality of working life, management, public hospital, health framework