

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

L'ISOLEMENT DU CADRE DE SANTÉ

Vers la reconnaissance d'un malaise ?

Diellé YATERA

DCS@20-21

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

CITATION

« Prendre soin dans le monde...prendre soin du monde, de tout ce qu'il contient et qui le constitue. Quelle prodigieuse intention ! Car il s'agit bien d'une intention, d'une volonté, d'un parti pris. Dans notre relation au monde, rien ne va de soi : il faut y mettre du sien. Et choisir de prendre soin de quelque chose ou de quelqu'un, c'est choisir de prendre soin de tout, car, dans l'univers, tout se tient « de proche en proche ». Comment, par exemple, prendre soin du patient sans prendre soin de ceux qui le soignent ? Et, par conséquent, de ceux qui dirigent ceux qui le soignent ? Et...la tâche est incommensurable ! pourtant, lorsqu'on en a pris son parti, il s'agit de se mettre à l'œuvre modestement, en sachant que la petite goutte d'eau que l'on verse dans la mer, si insignifiante qu'elle apparaisse, est d'une importance capitale. Car c'est elle qui fait déborder le vase de la compassion, du respect, de l'attention, vers tout ce qui nous environne et, particulièrement, les autres en commençant par les plus proches, ceux dont on peut, malgré le bruit, entendre les difficultés, la souffrance »

Walter HESBEEN.

La motivation : leurre et source de souffrance, in Prendre soin dans le monde – contribuer à un univers plus soignant, ouvrage collectif sous la direction de Walter HESBEEN, Seli Arslan, Paris, 2000, page 25-39¹

¹ Citation tirée de l'ouvrage Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins. Walter HESBEEN, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011, pages 98

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je voudrais adresser mes sincères remerciements à Hélène, ma Directrice de mémoire pour son accompagnement, pour le partage d'expériences professionnelles, pour m'avoir accordé des entretiens et répondu à mes questions. Ces temps m'ont été d'un grand soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite exprimer ma gratitude à l'ensemble de l'équipe de l'IFCS de l'ESM pour l'accompagnement, le soutien et le véritable sens de la pédagogie dont j'ai pu bénéficier.

Je remercie Morgane LE GAL, formatrice à l'IFCS de l'ESM, pour son écoute, sa patience et son authentique bienveillance.

Je tiens à exprimer mes remerciements à Véronique GUIBERT, également formatrice à l'IFCS de l'ESM, pour ses conseils judicieux, sa disponibilité et son aide qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie Patrick FARNAULT, Directeur de l'IFCS de l'ESM, pour ses encouragements quotidiens, ses analyses pertinentes, sa façon généreuse et altruiste de transmettre les savoirs pédagogiques.

Je remercie Lylia pour le soutien intellectuel, pour les conseils et la relecture concernant le style de mon mémoire.

Je remercie mes camarades de promotion, mes compagnons de route : Barbara, Sylvain, Diane, Géraldine, Audrey, Diogo sans lesquelles cette formation n'aurait pas le même goût. Merci pour votre véritable aide, votre générosité et votre bonne humeur. Notre solidarité et notre soutien nous ont permis d'arriver au bout de cette formation.

Je dédie ce mémoire à Sélim, l'homme qui m'accompagne et partage ma vie depuis plusieurs années. Aucun mot ne pourrait suffisamment t'exprimer toute ma reconnaissance, pour avoir cru en moi, encourager, soutenue et pour m'avoir supporté au quotidien. Merci pour ton soutien infaillible, ta patience et ta grande générosité.

TABLE DES MATIERES.

INTRODUCTION	8
1 Contexte d'émergence.....	8
1.1 Ma conception du métier de cadre de santé.	8
1.2 Du métier d'infirmière à la fonction de faisant fonction cadre de santé.	8
1.3 Mon cheminement.	9
1.4 Jusqu'à ma question de départ.....	11
2 Cadre conceptuel.....	12
2.1 Présentation des cadres de santé.	12
2.2 Historique de la profession.	12
2.2.1 <i>De surveillante religieuse à manager en santé.</i>	12
2.2.2 <i>Que signifie manager ?</i>	14
2.3 L'identité socio-professionnelle du cadre de santé.	14
2.3.1 <i>L'origine sociale du statut de cadre.</i>	15
2.3.2 <i>L'origine sociologique de l'appellation « Manager ».</i>	16
2.4 Les missions du cadre de santé.	18
2.4.1 <i>Le management des équipes.</i>	18
2.4.2 <i>Articulation des réformes hospitalières avec les missions du cadre de santé</i>	18
2.5 Les particularités du métier de cadre de santé.....	23
2.5.1 <i>L'isolement du cadre de santé.</i>	23
2.5.2 <i>Le travail invisible.</i>	24
2.5.3 <i>La posture d'interface.</i>	24
2.5.4 <i>Le sens du travail.</i>	25
2.6 Les risques psycho-sociaux.....	28
2.6.1 <i>Le concept des risques psycho-sociaux.</i>	28
2.6.2 <i>Les RPS dans les établissements de santé.</i>	31
2.6.3 <i>Le cadre de santé et les RPS.</i>	31
2.6.4 <i>La prévention des RPS.</i>	32
2.7 Origine du malaise des cadres de santé.	33
2.8 La qualité de vie au travail.	35
2.8.1 <i>La qualité de vie au travail des équipes.</i>	35
2.8.2 <i>La qualité de vie au travail du cadre de santé.</i>	37
3 Synthèse du cadre conceptuel.	38
4 La question de recherche.....	39

5	Méthodologie de la recherche.....	40
5.1	L'objectif de l'enquête.....	40
5.2	Le terrain d'enquête.....	40
5.3	La population ciblée.	40
5.4	Présentation de l'outil d'enquête.	40
5.4.1	<i>Le déroulement des entretiens.</i>	41
5.5	Les avantages de l'enquête.	42
5.6	Les limites de l'enquête.....	42
5.7	Les retombées du mémoire.	43
5.7.1	<i>Intérêts personnels.</i>	43
5.7.2	<i>Intérêts professionnels.</i>	43
5.8	Mise en perspective avec la fonction cadre de santé.	44
5.8.1	<i>Le collectif cadre.</i>	44
5.8.2	<i>Les séances d'Analyses des Pratiques Professionnelles.</i>	45
5.8.3	<i>Les groupes de co-développement professionnel.</i>	46
5.9	Impact de la situation sanitaire.	48
	Conclusion.	
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	TABLE DES ANNEXES.....	

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAMS : Agence Accompagnement des Métiers et Stratégies.

ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail.

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles.

ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

ARH : Agence Régionale Hospitalière.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CAC : Centre d'Accueil et de Crise.

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur.

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant.

CSE : Comité Sociale et Economique.

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail.

CGC : Confédération Générale des Cadres.

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

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

CRUPA : Centre Renforcé d'Urgence de Psychiatrie d'Aval.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DRH : Direction des Ressources Humaines.

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique.

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé.

FP : Fonction Publique.

GHM : Groupes Homogènes de Malades.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

ISA : Indices Synthétique d'Activité.

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances.

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

QVT : Qualité de Vie au Travail.

RPS : Risque Psycho-Sociaux.

SPS : Soins aux Professionnels en Santé.

UHTP : Unité d'Hospitalisation à Temps Plein.

AVERTISSEMENT PRATIQUE :

Tous les noms de métiers ont été mis au masculin pour une plus grande souplesse dans l'écriture et la lecture de ce mémoire. Ces noms peuvent très bien se référer à des femmes.

Le terme managers mentionné désigne les cadres de santé.

Les établissements de santé et les institutions hospitalières citées ciblent plus particulièrement les établissements publics.

INTRODUCTION

Depuis mon adolescence, j'ai toujours aspiré à exercer un métier qui se situe dans le relationnel, le soin et l'accompagnement de l'autre. C'est pourquoi en troisième du cycle secondaire, je me suis orientée vers un baccalauréat Sciences Médico-Sociales. Puis je me suis dirigée vers des études de sciences humaines : une année de faculté en psychologie et une autre en santé et sciences sociales. Les concepts de bienveillance et de tolérance dans la relation à l'autre restent pour moi primordiaux.

Mon questionnement professionnel m'a amenée à devenir infirmière. Au cours de mes trois années de formation, la prise en charge de façon holistique¹ du patient a apporté un sens à mon métier d'infirmière. Le contact avec le patient atteint de troubles psychotiques crée un lien enrichissant.

Dès l'obtention de mon Diplôme d'État Infirmier (IDE), je me suis dirigée en toute logique vers la psychiatrie adulte. J'ai travaillé sept ans en Unité d'Hospitalisation à Temps Plein (UHTP). J'ai pu constater l'importance des échanges dans la relation soignants/soignés et dans la prise en charge de l'être humain tout en prenant en considération la complexité de l'individu. J'ai découvert la richesse du travail en équipe pluridisciplinaire et la transmission des savoirs.

Étant animée par des valeurs soignantes, le mot transmission m'a toujours accompagnée dans ma vie. Il est le fil conducteur de ma carrière professionnelle. En effet, après avoir transmis mes connaissances auprès des étudiants en qualité de référente des stagiaires infirmiers du pôle, j'ai décidé d'être tutrice des infirmiers nouveaux arrivants en psychiatrie.

Étant issue de la première promotion de la réforme en formation infirmiers de juillet 2009, j'ai été formée à l'analyse réflexive des pratiques professionnelles. Par conséquent, j'ai régulièrement interrogé mes pratiques et ma relation avec le patient. L'objectif étant de me perfectionner et de répondre au mieux aux besoins du malade. Dans cette optique, j'ai été interprète langue pendant trois années en ethnopsychiatrie. Cette approche m'a permis d'offrir une attention singulière aux patients migrants ou venant d'horizons culturels différents. Ainsi, ils ont bénéficié d'une prise en charge personnalisée, de qualité qui tient compte de leur culture et de leur mode de penser.

Mon questionnement professionnel et ma posture analytique m'ont également amenée à identifier des situations d'incompréhension voire de non-sens, au sein desquelles mon pouvoir d'action en tant qu'infirmière était amoindri.

Des transformations mal accompagnées ou non accompagnées peuvent amener des modifications radicales dans les dynamiques d'équipe, dans l'implication et l'organisation du travail. Cela peut conduire à des conséquences néfastes pour le soignant et donc d'impacter la prise en charge du patient.

¹Prise en charge sur le plan psychique et organique ainsi que sa réinsertion socio-professionnelle

C'est au cours de ces réflexions qu'est née cette volonté de vouloir comprendre les modifications et l'organisation des soins. L'idée d'émettre un avis et de collaborer de manière plus rapprochée avec la direction a fait naître le projet d'évolution de carrière. C'est là, qu'à émergé de mon désir de devenir cadre de santé ; de m'impliquer davantage dans l'organisation du travail, d'accompagner et donner du sens aux transformations de ces organisations. Investie dans la transmission des savoirs, j'ai souhaité accompagner, soutenir et encadrer une équipe. Mais aussi amener une posture réflexive pour améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

C'est avec cette ambition que je me suis présentée au concours d'entrée en Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS). Ayant été admise au concours d'entrée, j'ai exercé en qualité de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS). Cette expérience a fait jaillir des questionnements concernant le bien-être et la qualité de vie au travail des cadres de santé.

Dans une première partie, je souhaite aborder les références émergentes de ma question de départ.

Dans un second temps, je définirai et délimiterai les axes de ma problématique. Puis ma question de départ sera probablement requestionnée ou réajustée. L'objectif est de saisir le sujet que je souhaite réellement aborder et de répondre à la question.

Pour cela, j'aimerais présenter en troisième partie, ma méthodologie d'enquête en vue d'élucider la problématique. À l'aide de recherches littéraires, d'apports théoriques, je voudrais exposer ma réflexion personnelle, les mises en perspective avec ma future fonction de cadre de santé.

Je vous présente le point de départ de ma recherche.

1 Contexte d'émergence.

Ma pratique professionnelle m'a amenée à porter de l'intérêt depuis plusieurs années à la transmission des savoirs, l'encadrement et l'accompagnement des étudiants. C'est pourquoi je souhaite poursuivre ce travail d'accompagnement et de transmission en encadrant et formant une équipe soignante.

Ce qui m'anime et me motive à exercer le métier de cadre de santé, c'est de pouvoir accompagner une équipe avec une vision plus humaine. C'est aussi de pouvoir m'impliquer davantage dans les projets de l'institution, d'avoir plus de responsabilités et d'être plus autonome.

1.1 Ma conception du métier de cadre de santé.

Être cadre, c'est conserver les valeurs soignantes, c'est avoir un rôle de leader. Le cadre de santé suscite des interrogations auprès des équipes afin d'améliorer les prises en charge, tout en veillant à l'efficacité et à la qualité des soins pour le bien-être du patient.

Devenir cadre, c'est améliorer en permanence les conditions de travail des équipes soignantes. Le cadre assure un encadrement satisfaisant et un accueil optimal des étudiants, tout en répondant aux besoins institutionnels.

Cette conception du métier de cadre m'a poussée à passer le concours. Une fois admise, ma hiérarchie m'a proposé un report de formation et un poste de FFCS.

1.2 Du métier d'infirmière à la fonction de faisant fonction cadre de santé.

Ainsi, après sept années d'exercice en qualité d'infirmière, je me retrouve quelques mois plus tard en poste de FFCS au sein d'un pôle de pédopsychiatrie. J'ai exercé cette fonction en Hôpital De Jour (HDJ) pour enfants, pendant une année. J'ai bénéficié d'un accompagnement dès ma prise de poste. J'ai eu l'opportunité d'avoir un tutorat et de pouvoir nommer une marraine qui m'a accompagnée tout au long de mon année de « faisant fonction ».

De plus, n'ayant jamais travaillé en pédopsychiatrie, s'ajoutait à la prise de mes nouvelles fonctions la découverte d'un autre aspect de la santé mentale. L'accueil, la prise en soin et l'orientation des jeunes patients atteints de troubles mentaux sont totalement différents de ceux des adultes. J'ai dû faire preuve d'adaptabilité et intégrer rapidement les spécificités de la pédopsychiatrie, en vue d'assurer au mieux mes missions d'encadrement.

Malgré ces moyens d'accompagnement déployés par la direction de mon établissement, je n'ai pas ressenti ces actions comme étant suffisantes. Ma prise de poste a été complexe, car j'ai eu des difficultés à trouver un positionnement de

cadre de santé. J'ai eu du mal à faire le deuil de ma fonction d'infirmière et à trouver une légitimité dans ma posture de cadre face à l'équipe que j'encadrais. N'ayant pas été en formation, j'ai éprouvé un sentiment de ballotage entre les logiques soignantes qui font écho à ma fonction première d'infirmière, et les missions d'encadrement que j'ai découvert sur le tas.

L'expérience de FFCS m'a exposée à une réalité de terrain que je n'avais pas envisagée. J'ai été confrontée à la question de la légitimité de ma fonction de cadre de santé et à l'isolement de celui-ci.

Cette légitimité a été doublement interrogée. D'une part, par l'équipe soignante qui m'a parfois mise à l'épreuve notamment lors des prises de décisions. D'autre part, par le cadre supérieur de santé du pôle qui, dans un premier temps, a refusé ma participation aux réunions-cadres, du fait que n'étant pas diplômée, je n'étais pas totalement cadre de santé. Il ne m'incluait pas dans les prises de décisions qui impactaient l'organisation du travail de l'HDJ, car selon lui, je n'avais pas les outils nécessaires pour comprendre les enjeux institutionnels.

Même en étant accompagnée dans ma prise de poste, j'ai paradoxalement découvert la solitude du cadre de santé. Infirmière à l'origine, j'avais pour habitude d'avoir un espace collectif partagé avec les collègues soignants, tels que le bureau soignant, l'office, la salle de soins et autres Étant désormais FFCS, je me retrouvais seule dans un bureau avec mes difficultés concernant ma prise de poste. Lorsque j'abordais ces freins avec le cadre supérieur de santé et les collègues cadres du pôle, je trouvais peu de soutien. Selon eux, « ce que je vivais était normal, car ils étaient passés par là. Je ferai « le deuil » de mon métier d'infirmière et je trouverai la posture cadre pendant la formation ». J'ai sollicité à plusieurs reprises ma marraine, qui n'exerçait pas dans la même structure. Cet éloignement géographique associé à la charge de travail a rendu impossibles les rencontres et les entretiens téléphoniques.

Puis au fur et à mesure des mois, j'ai réussi à trouver des ressources internes qui m'ont permis de remplir mes missions de management. J'ai su appliquer les directives de ma hiérarchie tout en restant honnête envers moi-même, envers l'équipe et surtout envers le jeune patient. J'ai su observer les soignants répondre aux demandes et les accompagner dans leur parcours de professionnalisation, le tout en créant une relation de confiance. J'ai réussi à impulser des changements qui ont eu un impact positif sur la prise en charge des patients.

1.3 Mon cheminement.

Malgré des débuts compliqués, j'ai apprécié cette expérience, j'ai aimé ma nouvelle fonction. J'ai senti que j'étais à ma place, car j'avais l'opportunité de changer les dysfonctionnements que je dénonçais quand j'étais infirmière. J'ai pu découvrir les complexités du métier, à savoir : être gestionnaire, être confrontée aux injonctions paradoxales, annoncer des décisions parfois contraires à ma vision du soin et user de stratégies pour pouvoir m'adapter à des situations incohérentes. Cela m'a permis de confronter ma conception du cadre de santé à la réalité du

terrain. Je me suis aperçue des difficultés souvent liées au contexte économique et à l'évolution de la politique hospitalière.

Cependant, j'ai mesuré à quel point le cadre pouvait ressentir ce sentiment d'isolement. J'ai réalisé la solitude du cadre face à l'équipe, à ses supérieurs hiérarchiques et parfois à ses collègues. Des collègues cadre de santé étaient présents dans la structure, mais ils me semblaient éloignés. L'agencement de la structure associé à la charge de travail conduisaient à des situations où nous pouvions travailler plus de huit heures sans nous croiser. Les rares moments de rencontres avaient lieu lors du déjeuner, quand l'organisation et la charge de travail le permettaient. Dans les périodes d'accalmie, il nous arrivait de boire le café ensemble, lors de ces temps de convivialité, nous pouvions verbaliser cet isolement.

Cette année de FFCS a généré de nouveaux questionnements. Je m'interroge sur les ressources du cadre de santé pour assurer la qualité et la sécurité des soins tout en prenant soin des équipes, des patients et de lui-même.

À de nombreuses reprises est évoquée la qualité de vie au travail des équipes.

Mais qu'en est-il de celle des cadres de santé ?

Le cadre peut-il exercer un management bienveillant, opérationnel sans veiller à son propre bien-être au travail ?

Ainsi, je m'intéresse aux limites du management notamment le management bienveillant. Parce qu'un cadre non reconnu, isolé et épuisé par une charge de travail conséquente sera dans l'incapacité d'impulser à l'équipe qu'il encadre une dynamique bienveillante et humaniste.

Dans les limites du management bienveillant et humaniste, je questionne notamment la non-légitimité lorsque le soignant exerce en qualité de FFCS. Au regard de l'insuffisance voire de l'absence d'espace dédié au bien-être du cadre de santé, je m'interroge sur la façon dont celui-ci peut prendre soin de lui en étant seul face à une équipe.

Dans cette perspective réflexive, existe-t-il un lieu permettant aux cadres d'exprimer leurs difficultés ?

Aujourd'hui, suivre le cursus de l'IFCS est une occasion pour opérationnaliser et conceptualiser le métier de cadre.

Ces questionnements ont engendré une anticipation sur ma capacité à faire face ou à trouver des réponses. Au décours de cette formation, je touche du doigt les nouvelles limites qui s'imposent à moi dans ma fonction de cadre de santé.

Que vais-je faire de cette transformation intrinsèque ?

Comment mettre en application les outils appris en institut de formation cadre de façon opérationnelle, tout en prenant soin de moi ?

1.4 Jusqu'à ma question de départ.

Ce cheminement m'a menée sur le terrain de la souffrance au travail et de la qualité de vie au travail du cadre de santé.

Dans un premier temps, j'ai souhaité aborder le lien entre le malaise et l'impact sur les équipes. Je questionne l'énorme potentiel de ressources du cadre. Finalement, c'est le lien de causalité qui m'intéresse. C'est pourquoi ma question de départ est la suivante :

« En quoi le malaise des cadres de santé peut-il impacter le management des équipes ? »

Face à ces interrogations, j'ai mené une enquête exploratoire auprès des professionnels (vous pouvez consulter la grille d'entretien en Annexe 1). J'ai effectué quatre entretiens exploratoires auprès d'un cadre de santé, un cadre supérieur de santé, un cadre supérieur de santé formateur en Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) et un infirmier ayant eu l'expérience de FFCS.

Les personnes interrogées pensent que le malaise des cadres de santé génère effectivement un impact dans le management des équipes. Selon eux, les injonctions paradoxales et la charge de travail sont des éléments qui peuvent dégrader le sens du travail du cadre de santé, nourrir son malaise et impacter le management des équipes.

L'infirmier interrogé pense que *« les injonctions peuvent être vécues comme paradoxales, ce qui génère forcément de la souffrance au travail »*. Par ailleurs, pour l'encadrement la charge de travail induit un manque de temps qui parfois entrave la communication avec l'équipe et les pairs : *« Manque de temps pour se réunir régulièrement pour évoquer tous ces changements et leur donner du sens, avec parfois des passages à l'acte »*².

De surcroît, le cadre de santé interrogé pense que : *« s'il n'y'a pas de sens pour les cadres comment le transmettre au soignant ? »*³.

J'ai également investigué dans le champ de la littérature en vue de trouver des sujets en lien avec le thème de mon mémoire. Ces recherches m'ont menée à des constats et l'élaboration d'un cadre théorique complet.

Ce mémoire me permettra d'amener des pistes de réflexion qui me seront utiles et nécessaires dans ma fonction de cadre de santé et qui, je l'espère, seront profitables aux collègues ou futurs collègues cadres.

² DIXIT cadre supérieur de santé

³ DIXIT cadre de santé interrogé

2 Cadre conceptuel.

Compte tenu de ma question de départ, je commencerai par définir le métier de cadre de santé, puis je présenterai les particularités de cette profession. En dernière partie, je délimiterai le type de malaise vécu par le cadre de santé, celui je souhaite développer. Pour finir, j'aborderai le concept des risques psychosociaux.

2.1 Présentation des cadres de santé.

Pour mieux comprendre le malaise des cadres de santé, il nous faut faire un retour vers le passé pour (re)découvrir les mutations du métier.

Nous ne pouvons parler du malaise sans aborder l'historique des cadres de santé. La profession a évolué pour répondre et correspondre aux évolutions constantes des institutions de santé. Elle s'est transformée aux côtés des réingénieries des établissements de santé.

2.2 Historique de la profession.

2.2.1 De surveillante religieuse à manager en santé.

D'abord surveillantes religieuses, c'est le mouvement de laïcisation des hôpitaux entre 1878-1893, qui a fait d'elles des surveillantes laïques. Elles étaient nommées surveillantes, au mérite par le médecin-chef de service. Ces surveillantes étaient systématiquement infirmières. Leurs missions consistaient à contrôler le personnel, le surveiller et le sanctionner. Elles étaient responsables de la gestion des registres de présences et s'occupaient des mutations, des congés et de l'application des sanctions sous la responsabilité du directeur. Les surveillantes contrôlaient également les actes de soins sous la responsabilité du médecin-chef de service. Elles étaient sous la responsabilité d'une double ligne hiérarchique médico-gestionnaire : la direction et le chef de service.

En 1951, la Croix-Rouge créa la première école de surveillantes. Le 14 novembre 1958, furent créés par décret deux certificats d'aptitude : le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur (CAFIM) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant (CAFIS), l'apprentissage durait huit mois. Cependant, l'école n'était pas obligatoire, il était possible de devenir cadre infirmier avec cinq années d'expérience. Durant cette même année, les ordonnances Debré privilégiaient l'affermissement d'une logique gestionnaire dans les structures de santé. Cette décision faisait suite aux investissements considérables dans les équipements sanitaires pendant les Trente glorieuses.

Pendant les années 1960, on observa un accroissement des connaissances et des prouesses médicales. L'hôpital se développait, les conditions de travail et

financières évoluaient. À ce moment-là, nous parlions de cadre infirmier, car le métier d'origine définissait la catégorie professionnelle.

Le début des années 1970 se caractérisa par la mise en place des plateaux techniques médicaux, de la gestion administrative et des logistiques d'intendance. C'était également l'apparition de la loi sociale qui déterminait, planifiait les institutions médico-sociales en les différenciant du champ sanitaire. À cette même date, le certificat de cadre infirmier fut créé, mais le diplôme restait non obligatoire.

Par ailleurs, à la fin des années fin 1980-1990, l'organisation traditionnelle de l'hôpital, tout comme la fonction du cadre infirmier, étaient remises en question. C'était aussi l'avènement du *New Public Management*. La loi de 1991 associait le cadre infirmier à la gestion hospitalière.

C'est en 1995 que le diplôme de cadre de santé fut créé, mais l'appellation surveillante persistait. L'apprentissage changeait, les apports théoriques médicaux sont convertis en enseignement sur les thèmes de la gestion des ressources humaines, financières et logistiques. Les « cadres infirmiers » sont renommés « cadres de santé ». Ils deviennent des gestionnaires participant à la mutation de l'hôpital, ils sont désormais garants de la qualité et de la sécurité des soins. Cette réforme a eu pour objectif de transformer la formation des cadres de santé pour les préparer à répondre aux politiques de restructuration de l'hôpital. Cette même année, la formation s'ouvrait aux filières autres que celles du soin. Les professionnels de rééducation/réadaptation et du médico-technique se voyaient accéder au diplôme de cadre de santé.

Le décret du 31 janvier 2001 fut un tournant dans la formation, il abrogeait l'accès au diplôme par voie d'ancienneté, le statut de cadre de santé est désormais unique. L'IFCS devient obligatoire, car si l'encadrement requiert des compétences et des outils particuliers, il devra être enseigné en école. Ainsi l'infirmière surveillante devient coordinatrice générale des soins. Ce décret correspond à l'orientation de l'hôpital désormais tourné vers une médecine de pointe. À compter des années 2000, les IFCS prennent le chemin de la « *managérialisation* ». Le terme cadre-manager commence à faire son apparition dans le monde hospitalier. Ce terme est exposé au grand public via le Rapport SINGLY, rédigé en 2009 par Chantal SINGLY, directrice de l'institut de management à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à la demande de Mme Roselyne BACHELOT alors ministre de la Santé. Chantal SINGLY préconise un changement dans les IFCS et prône une formation de cadre de santé commune et un diplôme universitaire.

Désormais, à la sortie des IFCS, les managers en santé ressortent avec deux diplômes : un Master 1 et un Diplôme de cadre de santé.

2.2.2 Que signifie manager ?

Le terme « Manager » est un mot anglais, il est à l'origine de « *to be manage* »⁴ qui signifie qui « *dirige un cheval, mener* ». ⁵ Manager se définit en anglais comme : « *celui qui s'occupe de quelque chose* », « *qui conduit* »⁷. Ce mot est certainement issu de l'italien « *maneggiare* »⁸ du verbe « *maneggio* »⁹, qui désigne maintenant le manège. Désormais, « manager » nomme celui qui a des compétences pour l'animation d'équipe. Le manager est à l'image de l'entreprise, il établit des projets, il gère les ressources humaines, logistiques et financières du service.

Ainsi, les cadres de santé sont passés de l'appellation de surveillants chefs à managers en santé. Les managers ont une mission d'efficience, ils doivent obtenir les résultats des actions mises en œuvre. Cette mutation du métier interroge beaucoup de cadres de santé sur leur profession qui se confronte à une identité professionnelle de longue date.

Après avoir exposé l'histoire de la profession, découvrons l'identité sociologique du cadre de santé.

2.3 L'identité socio-professionnelle du cadre de santé.

Dans cette partie, j'ai fait le choix d'analyser l'identité du cadre de santé sous le prisme de la sociologie du travail. Cette discipline est une branche de la sociologie, elle a été fondée par le philosophe et sociologue français, Georges FRIEDMANN après la Seconde Guerre mondiale. Le but est de créer une sociologie du travail humaniste qui allie la vision économique et philosophique de Karl MARX et l'apport psychanalytique de Sigmund FREUD. Georges FRIEDMANN a défini la sociologie du travail comme la science : « *de toutes les collectivités humaines qui se constituent à l'occasion du travail* »¹⁰.

L'identité est définie comme le « *Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ». ¹¹

En France, le concept d'identité a été intégré dans la sociologie du travail et des organisations en 1977, par le sociologue français Renaud SAINSAULIEU. Il précise que la construction identitaire se fait dans une organisation qui se compose d'aspect psychique et sociologique. Renaud SAINSAULIEU définit l'identité au travail comme étant la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs,*

⁴ Jean-Baptiste RAPPIN. Jeux de main, Jeux de management. Revue de métaphysique et de morale 2017/2 n°94 <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2017-2-page-215.htm>

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ George FRIEDMANN. Traité de Sociologie du Travail. Introduction de l'ouvrage

¹¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>

*aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise »*¹²

Claude DUBAR, sociologue français reprend les travaux de Renaud SAINSAULIEU notamment à travers son ouvrage, *Sociologie des professions* paru en 2005. Il détermine plusieurs niveaux de structuration qui composent un groupe professionnel. Le « *premier niveau* »¹³ est caractérisé par la formation initiale et ses modèles. Le second niveau correspond au groupe professionnel, le sociologue précise que cette appellation se fait dans un contexte de changements constants obligeant les cadres à trouver des stratégies collectives pour perdurer. Enfin le dernier niveau représente la catégorie socio-professionnelle, elle est le niveau le plus mouvant malgré les incitations des établissements publics qui suggèrent une officialisation. Au début des années 1950, les cadres moyens sont dissociés des cadres supérieurs, malgré la réalité d'une nomination commune et d'un régime social identique.

C'est avec un regard comparatif sur l'international croisé à l'histoire, à l'étude des groupes collectifs et des carrières individuelles que les sociologues amènent une réponse au sujet de l'impact du devenir de l'appellation sur l'identité professionnelle.

2.3.1 L'origine sociale du statut de cadre.

Les premiers cadres en France sont des ingénieurs qui sont membres du corps militaire de l'État. L'invention de l'École Polytechnique à homogénéiser les méthodes de recrutement et octroyer une mission républicaine aux ingénieurs militaires. Napoléon Ier fait le choix de modifier l'accès à l'École, considérant qu'« *Il est dangereux de donner une formation avancée à des gens qui ne sont pas issus de familles riches* »¹⁴. Pour ce faire, il accroît le niveau de mathématiques demandé. Désormais, il n'est plus possible pour des parents de voir leur fils intégré Polytechnique sans payer une ou plusieurs années de préparation aux concours. Le résultat est d'une efficacité redoutable, l'École est peuplée de futurs ingénieurs (le mot cadre n'existait pas encore) issus de la classe aisée.

Le sociologue français, Luc BOLTANSKI, interroge l'utilisation du terme de cadre à travers son ouvrage, *Les cadres. La formation d'un groupe social* paru en 1982. Le mot « cadre » est apparu à la fin du XVII^e siècle. Il regroupe les officiers et sous-officiers d'un groupe intermédiaire ou des militaires ayant pour fonction de se placer entre l'état-major et le soldat.

Au terme du XVIII^e siècle, la notion de cadre est mentionnée pour nommer les cadres de l'économie et de la nation. Le mot « cadre » est utilisé dans le monde de

¹² Renaud SAINSAULIEU. *L'identité au travail*. Édition Science Po les presses. Collection Références, Paris 2019, pages 5

¹³ Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD. *Sociologie des professions*. Edition Armand Colin, Paris, 2015. Pages 197

¹⁴ Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD. *Sociologie des professions*. Edition Armand Colin, Paris 2015. Pages 190.

l'industrie au XX^e siècle par le biais du taylorisme. L'appellation cadre est largement employée sous le régime de Vichy.

Selon Luc BOLTANSKI, pendant la période de l'entre-deux-guerres notamment à la suite de la crise financière de 1929, des voix se sont levées pour dénoncer la division sociale. La catégorie des cadres est créée dans ce contexte, elle symbolise l'intermédiaire entre la classe ouvrière et la classe bourgeoise. L'objectif étant d'instaurer un lien entre une catégorie ouvrière majoritaire et révoltée, et une catégorie patronale ayant tous les droits.

En 1944, la catégorie des cadres se réunit sous forme de Confédération Générale des Cadres (CGC). C'est la fusion des différentes catégories de cadres. Ils bénéficient d'un régime de retraite particulier.

Toujours selon le sociologue, les années 1960 ont particulièrement modifié les représentations sociales du cadre. En effet, le plan Marshall a laissé place à des évolutions technologiques qui ont profondément transformé les relations entre les différentes catégories sociales.

Paul BOUFFARTIGUE, sociologue français, reprend la théorie de Luc BOLTANSKI, il pointe le gap creusé entre les cadres dirigeants, l'élite sortant des grandes écoles et les autres cadres « ordinaires ». Selon lui, l'apparition du terme manager n'est pas sans surprise, il illustre cet écart caractérisant ces cadres élitistes. De plus, on observe ces dernières années l'effritement syndical de la CGC qui avait permis de représenter le groupe « cadres » comme un groupe à part entière.

Comme nous l'avons vu dans l'histoire de la profession des cadres de santé, le terme manager commence à s'étendre davantage sur l'ensemble des cadres. Découvrons, maintenant l'origine sociologique de ce mot.

2.3.2 L'origine sociologique de l'appellation « Manager ».

À l'origine, les managers sont des individus qui ont pour mission de gérer l'organisation des sociétés, ils travaillent pour les détenteurs et les actionnaires. Ils ont mis en place des procédés de contrôles des étapes afin de fixer la rentabilité (ou non) des investissements.

Alfred CHANDLER, économiste et historien américain auteur de l'ouvrage *La Main invisible des managers* paru en 1977, et plus récemment les recherches de Valérie BOUSSARD, enseignante-chercheuse à l'Université Paris Nanterre, montrent de quelle manière, à la fin du XIX^e siècle les ingénieurs et les comptables ont pu développer des connaissances spécifiques aux organisations permettant d'anticiper les doutes. En effet, face à l'extension des entreprises ces salariés se sont vu octroyer plus de pouvoir. Dans son écrit, *Encadrer, un métier impossible ?* Frederik MISPELBLOM BEYER confirme ces recherches en précisant que les employés avaient pour mission de « surveiller les autres, de diriger des filiales »¹⁵. Cette surveillance s'effectuait en fonction d'une division du travail qualifiée de

¹⁵ Frederik MISPELBLOM BEYER. *Encadrer, un métier impossible ?* Edition Armand Colin, Paris, 2015. Pages 45.

contrôle autoritaire selon Karl MARX, car les salariés sont dans l'obligation de surveiller le travail de leurs collègues exigé par l'employeur.

Ces ingénieurs et comptables ont tenté d'enseigner leurs pratiques en université aux États-Unis. Ce savoir prend le nom de « *management* »¹⁶ aux États-Unis. En France, le mot manager désignait les organisateurs de cérémonie. Il était utilisé dans le domaine du spectacle et du sport, pour nommer les conseillers et administrateurs célèbres.

Le savoir managérial, enseigné aux États-Unis, arrive en France dans les années 1960-1970 sous l'appellation de « *gestion* »¹⁷ après avoir été nommé « *administration* »¹⁸. Il désigne les dirigeants d'entreprise.

Dans le monde de la santé, l'apparition du mot manager acte un clivage symbolique entre les savoirs médicaux et les savoirs managériaux.

Selon Julia EVETTS, sociologue britannique, le terme professionnalisme serait connoté, accordant la normalisation des individus et instituant une nouvelle forme de gouvernance. Ces travaux sur l'évolution de la *sociology of the professions*¹⁹ publiés en 2003 démontrent qu'au sein des organisations conformément au *New Public Management*, il en ressort deux formes de professionnalisme qui s'affrontent. Elle nomme la première « *le professionnalisme organisationnel* »²⁰ celui-ci se base sur des valeurs organisationnelles illustrées par la hausse des inspections et évaluations bureaucratiques, managériales et hiérarchiques. La seconde est « *le professionnalisme occupationnel* »²¹ qui repose sur une parole qui vient du groupe et dont les mises en actions et l'évaluation sont exécutées par le groupe.

Dans la même veine, Hélène CHERONNET sociologue et chercheuse et Charles GADEA, professeur des universités en sociologie, ont dirigé des travaux auprès des cadres dans le secteur médico-social. Ces recherches confirment que la gouvernance gestionnaire amène un recadrage de la formation et des pratiques.

Désormais, dynamisme, innovation, résultats et efficience font partie des « *attitudes professionnelles valorisées par les politiques sociales et les autorités de tutelle* »²². Cette logique entre dans le « *professionnalisme organisationnel* » mentionné par Julia EVETTS. Cela conduit à des professionnels qui assurent une position davantage gestionnaire qui les éloigne des soignants du terrain.

Après cette présentation historique du métier, je vous propose d'entrevoir les missions du cadre de santé.

¹⁶ Claude DUBAR, Pierre TRIPIER et Valérie BOUSSARD. *Sociologie des professions*. Edition Armand Colin, Paris 2015. Pages 294

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Citée dans l'ouvrage « *Sociologie des professions* » pages 286

²⁰ Cité dans l'ouvrage « *Sociologie des professions* » pages 287

²¹ Ibid.

²² Ibid.

2.4 Les missions du cadre de santé.

Dans la poursuite de ce travail, il convient de développer les missions du cadre de santé, en vue de comprendre le malaise qui frappe cette profession.

2.4.1 Le management des équipes.

L'une des missions du cadre est le management des équipes. Le management est essentiel, il permet au cadre d'assurer un rôle « pilote » pour l'équipe. Selon Paule BOURRET, cadre de santé formatrice et docteur en sociologie, le métier de cadre de santé repose sur le management et le fait d'« encadrer le travail des autres »²³. Le cadre de santé n'est plus dans l'exécution du soin, mais dans l'organisation du soin. De cette manière, il est dans l'opérationnalité et la conception du soin. Le cadre est en quelque sorte la colonne vertébrale de l'élaboration des soins.

Les établissements de santé sont des lieux de regroupement de plusieurs corps de métiers, rassemblés autour d'un élément commun : le patient. Ces professionnels de santé unissent leurs compétences et leurs savoirs pour répondre au mieux à la problématique de santé du malade, contribuer, maintenir et préserver son capital santé.

Le cadre de santé a pour mission de coordonner les activités de chacun pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, dans cette diversité de professionnels, le cadre est la cheville ouvrière de cette organisation hospitalière.

Dans la suite de ce travail de recherche, je vais exposer les missions du cadre en corrélation avec les diverses réformes hospitalières.

2.4.2 Articulation des réformes hospitalières avec les missions du cadre de santé

Vingt-six ans après la création du diplôme de cadre de santé, de nombreuses réformes hospitalières ont considérablement modifié les missions du cadre de santé.

Nous avons assisté à une multitude de réformes hospitalières qui ont apporté des notions telles que : contrôle, qualité, régionalisation, contractualisation et coopération. Dans cette partie, je vous propose de découvrir l'impact de ces réformes sur les missions du cadre en vue de comprendre le malaise de celui-ci.

Le *New Public Management*, nommé nouvelle gestion publique arrive en France dans les années 1990. Elle est associée au développement des nouvelles technologies de l'information et de communication.

²³ Paule BOURRET, Les cadres de santé à l'hôpital : Un travail de lien invisible. Édition SELI ARSLAN, Paris, 2006. Pages 49

La nouvelle gestion publique est un concept né dans les années 1970-1980. L'objectif est de transposer les méthodes appliquées dans les secteurs privés aux domaines publics en vue de les moderniser et de les rendre plus efficaces. Elle accentue le fonctionnement bureaucratique des institutions. Ce concept repose sur trois principes : économie, efficacité et efficience.

Néanmoins, dès les années 1980, la question du financement des établissements hospitaliers était soulevée. En effet, les premières réflexions sur le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) datent de 1982.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : Le cadre garant de la qualité et la sécurité des soins.

La loi du 31 juillet 1991 marque un tournant dans l'évolution de l'organisation hospitalière, car c'est la première loi qui acte ces réflexions gestionnaires. Elle introduit la notion de qualité des soins et d'évaluation dans le monde hospitalier. Désormais, les établissements de santé développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins contribuant à une prise en charge holistique du malade en vue de garantir la qualité et l'efficience. Les institutions de soin procèdent à l'analyse de leur activité.

Les progrès technologiques de ces années permettent l'instauration de systèmes d'information développés. La loi du 31 juillet 1991 s'appuie sur ces évolutions pour introduire le système d'information qui identifie les pathologies et les modes de prise en soin. Avec cet outil, l'activité de soin et son coût sont évalués et améliorés pour favoriser l'optimisation de l'offre de soin.

Ainsi, en 1994 le PMSI est expérimenté dans la région Languedoc-Roussillon. Puis il est généralisé sur le territoire en 1995.

La loi du 31 juillet 1991 crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Cette agence favorise l'application de l'évaluation et de l'analyse des activités de soins. Elle participe à l'élaboration, à la validation, à la mise en œuvre des méthodes et à la diffusion de leurs résultats.

Pour le cadre de santé, cela correspond à la formalisation de l'aspect gestionnaire de son métier. Il doit désormais évaluer et contrôler le travail des soignants en vue de garantir la qualité et la sécurité des soins.

L'Ordonnance du 24 avril 1996 : Le cadre participe à la mise en place de procédures de contrôle et d'évaluation des pratiques soignantes.

L'Ordonnance de 1996 dite la réforme Juppé, introduit l'accréditation dans les établissements de santé. Il s'agit d'une procédure d'évaluation qui sanctionne la qualité de l'institution. Cette démarche est réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui désormais remplace l'ANDEM.

La démarche de contractualisation est instaurée via la mise en place des contrats d'objectifs et de moyens. Ces contrats déterminent la stratégie des établissements de santé définie dans les projets médicaux et projets d'établissements. Ils sont établis entre les établissements de santé et des instances de groupements d'intérêt public, nommées Agences Régionales Hospitalières (ARH), anciennes DRASS (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales).

Les ARH ont été créées par cette ordonnance. Leurs missions résident : dans la planification hospitalière, la mesure des activités de soins, ainsi que dans l'allocation des ressources, des contrats d'objectifs et de moyens.

La réforme Juppé introduit l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Il s'agit d'un indicateur qui fixe aux établissements de santé un objectif de dépenses à ne pas franchir en matière de soins de ville et hospitaliers. Cette ordonnance de 1996 légalise l'instauration du PMSI.

En 1999, intervient la première extension nationale d'une tarification à la pathologie via le calcul des Indices Synthétiques d'Activité (ISA) de chaque établissement de soin. Ces indices sont ensuite mis en relation avec le budget en vue de produire des catégories de Groupes Homogènes de Malades (GHM).

En parallèle, suite aux scandales de santé publique, la population française est de plus en plus sensibilisée aux infections nosocomiales et à l'exposition des risques en cas d'hospitalisation. Le contrôle de la qualité se développe. Ce qui induit l'émergence de la démarche qualité et de la gestion des risques. Les indicateurs qualité sont recensés et évalués. La gestion de la qualité est petit à petit mise en lien avec le financement des institutions de soin.

Pour les cadres de santé, il s'agit encore une fois du renforcement de l'aspect gestionnaire de leur profession. Cela se traduit par une protocolisation des actes soignants renforcée par des évaluations accrues.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : la mission du cadre dans la démarche qualité et gestion des risques.

L'ANAES devient la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a pour mission de recommander les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé, et d'évaluer la qualité des soins via la certification, ancienne accréditation. L'évaluation fait donc l'objet d'une concrétisation importante, comme celle des risques, qui est évaluée par des organismes experts et externes aux établissements.

Le cadre de santé a pour mission de vérifier la bonne exécution des pratiques recommandées. Pour cela, il contrôle les activités soignantes via des outils tels que : les indicateurs, les tableaux de bord...

Les outils de contrôle ainsi élaborés sont mis en place par des experts et observés par les usagers du système de santé.

L'Ordonnance du 2 mai 2005 : la mission de coopération du cadre.

Cette ordonnance impose la mise en place de pôles d'activités dans les établissements de soin. Le cadre de santé se voit attribuer des tâches de plus en plus administratives, comme les missions médico-administratives et techniques qui viennent s'ajouter à de ses missions de gestion du soin.

Cette ordonnance favorise surtout le travail en collaboration avec d'autres cadres de santé en vue de mutualiser des moyens, des services pour potentialiser la performance des pôles d'activités.

La loi Organique relative aux Lois de Finances.

La loi de 2006 dite la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) implante de nouveaux modes de financement issus du privé.

Le Plan Hôpital.

La loi de 2007 nommée plan hôpital, officialise la T2A comme mode de financement des hôpitaux.

Ces deux lois accentuent la politique de nouvelle gestion publique qui désormais se tourne vers les performances des établissements de santé qui fonctionnent désormais dans une logique entrepreneuriale.

Pour les cadres de santé, cela s'illustre par l'introduction d'un management en lien avec la performance et l'innovation technologique en vue de produire plus de soins et d'être rentable.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) 2009 : la mission gestionnaire du cadre de santé.

Elle transforme les ARH en Agence Régionale de Santé (ARS) et leur donne une autorité et une administration commune d'État.

Cette loi modifie la gouvernance des hôpitaux et donne plus de pouvoir au Directeur des établissements de santé. La direction des établissements de soin est ouverte aux personnes non soignantes, ayant fait des écoles de direction ou de management. Désormais, la double ligne hiérarchique gestionnaire et de soin est unifiée en une ligne décisionnaire qui est celle de la gestion.

À noter, le décret du 21 juillet 2000 a changé l'appellation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Elle est à nouveau modifiée par le décret du 15 mars 2010, qui la nomme « la direction générale de la santé » afin d'encourager une vision globale de l'offre de soin en ville et à l'hôpital.

La loi HPST donne pour mission au cadre de santé de veiller aux bonnes applications et au contrôle de celle-ci. Mais la nouvelle gouvernance des établissements de santé place le cadre dans une non-intégration des décisions institutionnelles. Il se retrouve au carrefour d'injonctions paradoxales : il est pris au piège d'un côté par la mise en exécution des directives institutionnelles qui lui sont imposées et d'un autre par sa mission d'assurer et de contrôler le bon accomplissement des décisions auprès d'une équipe, dont la réalité de terrain est tout autre.

Nous sommes aux paroxysmes des injonctions paradoxales. La logique gestionnaire et la demande de rendement de productivité sont de plus en plus mises en avant au détriment du soin.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé : la mission de coordination du cadre.

Dans la continuité d'une politique de restriction économique et de modernisation du système hospitalier, la nouvelle gestion publique continue son action. La loi du 26 janvier 2016 crée les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT).

Avec le GHT, le cadre de santé exerce de nouvelles responsabilités en lien avec les précédentes réformes hospitalières. Sa mission de coopération attribuée par l'Ordonnance de 2005 est renforcée. Désormais, il coordonne les activités de soin, il mutualise les ressources, les moyens techniques et humains toujours dans le but de rester efficient.

Le cadre de santé œuvre à un niveau territorial à la mise en lien entre le réseau de santé et le parcours santé du malade. Pourtant, ce travail de lien est invisibilisé par la taille des GHT. La participation du cadre dans les décisions politiques et stratégiques est de plus en plus complexe, du fait de la composition des établissements comparables à des entreprises voire des filiales. Pourtant, ce travail de lien et de coordination ne peut s'effectuer sans lui. Sans cela la qualité, la sécurité et la continuité des soins risquent d'être altérées.

Après avoir présenté le métier de cadre de santé et défini ses missions, nous allons explorer les particularités de la profession.

2.5 Les particularités du métier de cadre de santé.

Comme explicité précédemment, par le biais de ce mémoire, je souhaite amener des pistes de réflexion concernant la situation professionnelle que j'ai vécue pendant mon année de FFCS. Pour répondre à la question de départ, je fais le choix de citer les particularités en lien avec le malaise du cadre de santé.

2.5.1 L'isolement du cadre de santé.

Le cadre, ancien professionnel de santé membre à part entière d'une équipe soignante, comme nous l'avons vu dans la présentation de l'histoire de la profession, se retrouve désormais seul face à une équipe dont il a pour mission de la manager. Le cadre n'est plus soignant ni membre de l'équipe soignante.

Cette équipe sera amenée à verbaliser des problématiques que le cadre connaît bien, car il a probablement été traversé par ces mêmes problématiques lorsqu'il se trouvait à leur place. Le cadre est pris dans une double injonction de loyauté : envers la hiérarchie, mais aussi envers l'équipe.

Il faut noter qu'en règle générale, l'emplacement géographique du bureau du cadre de proximité est souvent situé au sein même du service. Cela traduit la volonté des établissements de santé de favoriser une proximité entre le cadre et l'équipe qu'il manage.

Le cadre de santé ne fait plus partie d'une équipe, mais d'un collectif, d'un groupe cadre.

Cette évolution s'accompagne parfois d'un isolement doublé d'un sentiment de solitude que génèrent les grosses structures types GHT.

Dans certaines d'entre-elles, le regroupement des hôpitaux éloigne de plus en plus le cadre de ses pairs. L'isolement physique peut impacter la notion de collectif cadre.

De plus, il est de plus en plus courant de voir des cadres avoir la responsabilité et la gestion de plusieurs services au sein du pôle. Cela nourrit leur isolement et ils se trouvent ainsi partout et nulle part à la fois.

L'isolement induit une non-reconnaissance, car le travail du cadre est invisibilisé malgré son importance dans la coordination des soins.

2.5.2 Le travail invisible.

Le terme « *travail invisible* »²⁴ regroupe l'ensemble des actions non prescrites, non mesurables et non quantifiables. Le travail invisible c'est le travail non reconnu qui conduit au travail visible, qui lui est prescrit et mesurable.

Il s'agit là de l'ensemble des activités réalisées par le manager en vue de favoriser et de pérenniser la coordination et la continuité des soins, tout en maintenant un environnement de travail adéquat pour la bonne exécution des soins.

Le manager est la cheville ouvrière de l'organisation du travail, comme nous l'avons vu : il coordonne les activités de soins, diffuse les informations de manière ascendante et descendante, il accompagne et manage les équipes de soins au quotidien, il est l'intermédiaire entre le soignant et le médecin, entre le patient et le soignant (en cas de conflit ou de difficulté), entre l'institution et le réseau de soin du patient.

Cependant, étant donné ces différents domaines d'actions, il est difficile de réellement identifier le métier du cadre. Dans son ouvrage, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paule BOURRET livre une analyse du travail du cadre de santé. Durant huit mois et en moyenne trois jours par mois, l'auteur a observé deux cadres de santé exerçant dans des services de médecine et de chirurgie au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Ces managers en santé ne donnaient pas d'explications sur ce qu'ils allaient faire. Puis au cours de l'observation, ils répondaient aux interrogations de la chercheuse.

À travers cette étude d'analyse, Paule BOURRET met en lumière le travail invisible du cadre de santé, notamment le travail de lien. En effet, le manager occupe à une position centrale dans l'organisation des soins. Il contribue au bon fonctionnement de l'activité de soin d'un service, mais pour toutes les raisons énoncées précédemment, cette participation n'est pas visible.

2.5.3 La posture d'interface.

De par sa posture intermédiaire entre la direction et l'équipe, le cadre de santé relaye, diffuse et coordonne les informations provenant de l'institution et de ses supérieures hiérarchiques auprès de l'équipe soignante. Il fait remonter les informations provenant de l'équipe auprès de la hiérarchie. Il est en quelque sorte le porte-parole de l'équipe.

Il travaille en collaboration avec différents corps de métier en vue de coordonner l'activité soignante.

²⁴ Yves SCHWARTZ. La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. Revue l'homme & la société, 2004 n° 152-153. Pages 47 à 77 <https://www.cairn.info/journal-l-homme-et-la-societe-2004-2-page-47.htm>

Le cadre, dans sa fonction de médiateur, est parfois amené à faire des choix, des compromis pour favoriser un environnement de travail permettant à l'équipe d'appliquer une prise en soin adéquate.

Le cadre est également impliqué dans la prise en charge du patient : il représente l'établissement, organise le réseau de soin du malade et permet la mise en relation entre le réseau de soin extérieur, la famille, l'entourage du malade et l'établissement.

C'est en cela que dans son ouvrage, Catherine MIEG compare le cadre de santé à « *une courroie de transmission* »²⁵.

Mais le manager est également un gestionnaire des paradoxes. Du fait de sa posture d'interface, il est lui-même victime et auteur des injonctions paradoxales. Pris dans cette boucle de « *double contrainte* »²⁶, il est amené à mettre en place des consignes de la direction en contradiction avec la réalité des soignants sur le terrain.

Dans une ère de forte affluence d'informations à gérer, il est primordial que le cadre soit en mesure d'adopter une posture distincte et transparente. Pour cela, il doit pouvoir trier, cibler et expliquer en quoi l'information est paradoxale afin de la nommer et de s'en dessaisir.

L'injonction paradoxale peut mener vers une perte de sens.

2.5.4 Le sens du travail.

Le cadre de santé exerce son management avec ce qu'il est, avec la perception de sa fonction, ses valeurs et ses certitudes, mais aussi en lien avec ce que l'institution, et les collaborateurs attendent de lui. Le cadre met en place des stratégies et des compromis qu'il réévalue sans cesse en vue d'atteindre une satisfaction personnelle au travail.

Pour comprendre la particularité du sens du travail du manager, j'ai fait le choix de m'orienter vers la psychodynamique du travail. Il s'agit d'une discipline récente qui interroge l'homme et son rapport au travail et, ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, la souffrance, mais aussi le plaisir dans le travail. Ce n'est plus uniquement l'organisation du travail qui est étudiée, mais les situations de travail, leurs dynamiques subjectives et intersubjectives.

« *La psychodynamique du travail se définit comme l'analyse des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail* »²⁷

²⁵ Catherine MIEG. Les habits neufs du management : Comprendre la souffrance du manager. Edition François BOURIN, Paris, 2015. Pages 31

²⁶ Francis PROUTEAU, article « *L'injonction paradoxale, une stratégie managériale ?* ». Revue Soins Cadre n°87 2013

²⁷ Pascale MOLINIER. Les enjeux psychiques du travail. Edition PAYOT & Rivages, Paris, 2008. Pages 54

Elle est définie comme « l'analyse psychodynamique des processus intrapsychiques et intersubjectifs mobilisés par la rencontre avec le travail »²⁸

La psychodynamique du travail met en lumière les manifestations psychologiques qui permettent de résister face aux difficultés d'une situation de travail. Ces phénomènes psychologiques sont étudiés dans un contexte considéré comme insoutenable pouvant également amener les individus à adopter des comportements favorisant la pérennité de ce contexte insoutenable.

Le terme dynamique désigne le conflit interne résultant de la rencontre entre l'individu, porteur de son histoire, de son expérience, et la situation de travail dont les règles sont définies sans tenir compte de la volonté de celui-ci.

La psychodynamique du travail est issue de la psychopathologie du travail.

2.5.4.1 La naissance de la psychopathologie du travail.

En 1945 des psychiatres militants tels que : George DAUMEZON, Henri EY, Paul BALVET, François TOSQUELLES, Paul SIVADON, Louis LE GUILLANT, Lucien BONNAFE et Claude VEIL, s'unissent pour demander une réforme des institutions. Ils réclament la fin de l'hôpital asilaire et souhaitent un hôpital psychiatrique plus altruiste, capable de donner les moyens aux malades de s'en sortir et de favoriser leur réinsertion socio-professionnelle.

Paul SIVADON, Claude VEIL et Louis LE GUILLANT intègrent au sein de l'hôpital la réinsertion professionnelle de patients au travers d'activités communes qui ont un sens pour la collectivité. Il s'agit des prémices de la réinsertion des malades mentaux au travers des activités telles que : les thérapies actives, les sociothérapies et l'ergothérapie. Surviennent alors les interrogations sur les possibles bienfaits des activités sur les pathologies liées au travail, les évolutions socialisantes et réparatrices du travail. C'est le début de la psychopathologie du travail.

Paul SIVADON, Claude VEIL et Louis LE GUILLANT plaident pour une psychiatrie qui prend en compte les troubles mentaux liés au travail. Partant d'abord d'une demande de reconnaissance plus humaniste du patient en psychiatrie, ils vont par la suite créer une « psychopathologie du travail »²⁹.

Dans les années 1950, le programme de « réadaptation professionnelle des malades mentaux »³⁰ fait sens avec les politiques sociales notamment la création de la sécurité sociale et de la médecine du travail. Le terme psychopathologie du travail a été proposé pour la première fois par Paul SIVADON en 1952.

Dans la psychopathologie du travail, le terme psychopathologie vient étymologiquement (pour une partie) de la racine grecque *pathos* : souffrance. Cette discipline médicale s'intéresse uniquement à la souffrance au travail et aux pathologies mentales liées au travail. Mais selon Pascale MOLINIER, psychologue et

²⁸ Christophe DEJOURS & Isabelle GERNET. *Psychopathologie du travail – 2^e édition*. Edition Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, Avant-propos

²⁹ Isabelle BILLARD. Article « Claude Veil, un pionnier de la psychopathologie du travail ». Revue Travailler 2001/1 n°5 pages 175 à 188 <https://www.cairn.info/revue-travailler-2001-1-page-175.htm>

³⁰ Ibid.

professeure de psychologie sociale : « *Il n'existe pas de psychose du travail, bien que l'on dispose de connaissances (ergonomie, psychologie, sociologie) qui laissent penser que le travail devrait être délétère pour la santé mentale.* »³¹

Dans les années 1980, le psychiatre et psychanalyste Christophe DEJOURS s'intéresse à la psychopathologie du travail et interroge, notamment à travers son ouvrage *Travail : usure mentale* la notion du plaisir dans le travail et la place des individus dans les situations de travail.

En 1993, la psychopathologie du travail est renommée la psychodynamique du travail. Ce changement d'appellation traduit le passage d'une conception médicale reposant sur une expertise de praticiens à une conception compréhensive incluant la psychologie clinique, psychanalyse et les sciences humaines.

Désormais, la psychopathologie du travail désigne une branche de la psychodynamique du travail.

2.5.4.2 La psychodynamique du travail.

L'OMS définit la santé comme : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »³²

La psychodynamique du travail se distingue de cette définition, car la notion de bien-être exclut la souffrance. Or la souffrance fait partie du bien-être tant qu'elle est supportée. Selon le concept de la psychodynamique du travail, les individus se défendent de la souffrance. Ainsi souffrance et défense sont un couple indissociable. L'aspect pathogène se révèle dès lors que les défenses ne sont plus suffisantes. La psychodynamique du travail consiste en l'étude des défenses mobilisées pour faire face à une situation de travail.

C'est pourquoi je fais le choix d'adopter les cadres conceptuels de cette branche disciplinaire pour répondre à ma question de départ. Le malaise des cadres de santé est la conséquence de ce conflit qui, tel qu'étudié en psychodynamique du travail, quand il n'est pas traité peut mener vers une réelle souffrance au travail.

Dans une enquête de la psychodynamique du travail auprès de cadres de proximité et cadres supérieurs de santé de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) menée par Pascale MOLINIER et Livia SCHELLER, les managers débattent autour de la posture à adopter dans la prise de décision. Deux postures sont mises en opposition, celle, formaliste, qui prône l'exécution exacte des règles et celle, opportuniste. Cette discussion se conclut par l'hypothèse que ce n'est pas la posture de l'individu qui est jugée problématique, mais plutôt la différence entre

³¹ Pascale MOLINIER. Les enjeux psychiques du travail. Édition PAYOT & Rivages, Paris, 2008 Pages 51

³² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

l'idéal et le réel ainsi que le défaut d'espace d'échanges concernant les paradoxes rencontrés dans les organisations de travail.

Après cette présentation de la profession et ses particularités, le métier de cadre de santé nous est désormais familier. Dans cette dernière partie, nous allons présenter les risques psycho-sociaux auxquels le cadre de santé est confronté.

2.6 Les risques psycho-sociaux.

Depuis un peu plus de vingt ans, les risques psycho-sociaux (RPS) sont devenus un sujet primordial dans le monde du travail. Les drames humains et leur médiatisation ont fortement contribué à la mise en lumière de ce thème. La santé au travail est une préoccupation majeure pour les employeurs et les salariés, notamment dans un milieu en constante mutation tel que le monde de la santé. Les transformations permanentes des organisations de travail génèrent un stress et des tensions qui peuvent altérer la santé.

2.6.1 Le concept des risques psycho-sociaux.

Dans les années 1980, la notion de souffrance au travail incluait uniquement les problématiques corporelles et somatiques liées à l'exécution d'une activité physique.

Dans les années 2000, le terme « risque psycho-social » apparaît et intègre la dimension psycho-somatique de la souffrance au travail.

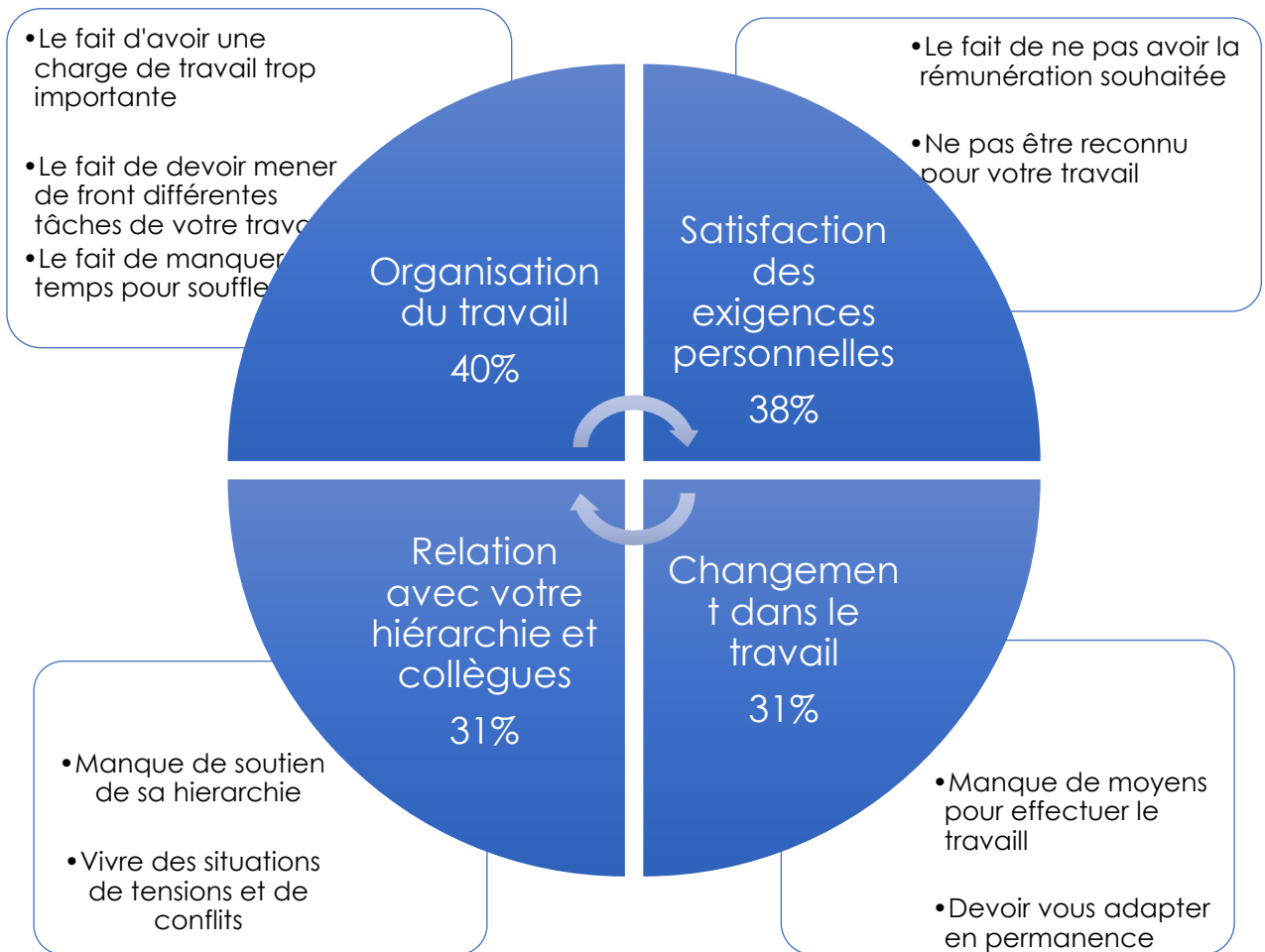
S'il existe plusieurs définitions des RPS, l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) préconise de les définir de cette manière :

« Les RPS sont le résultat de tensions excessives ou de tensions non régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales que l'on peut caractériser en quatre grandes familles »³³

Pour illustrer cette définition voici, deux schémas. Le premier représente les causes principales du mal-être au travail et le second les quatre catégories de tensions qui génèrent des RPS.

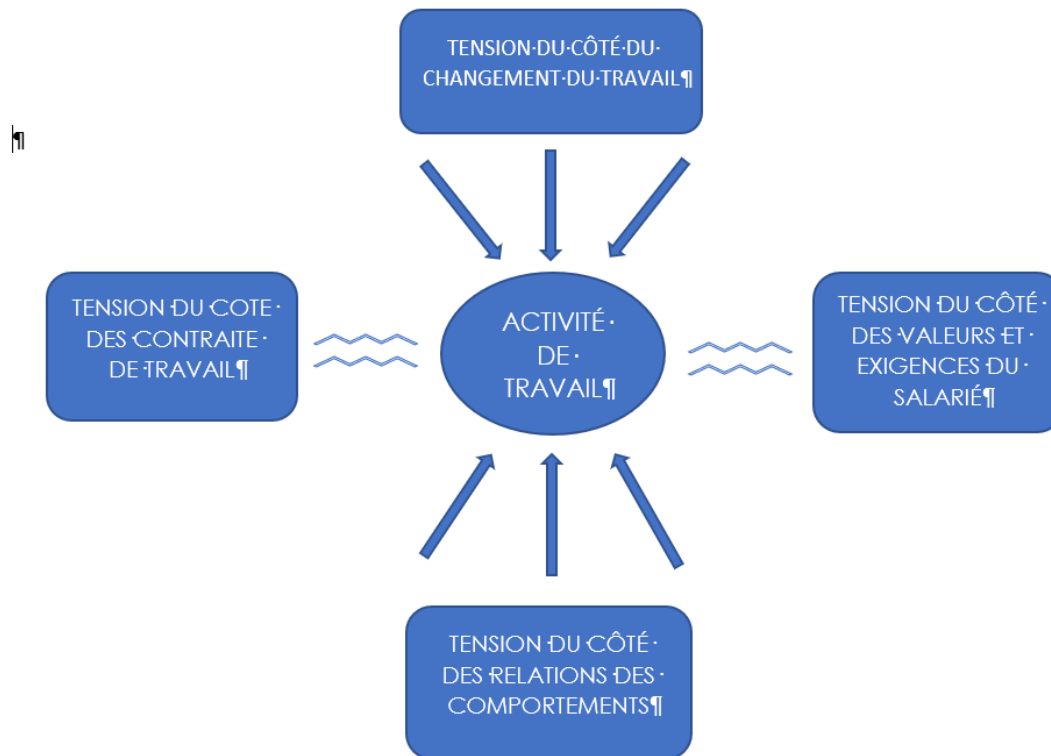
³³ Définition extrait de l'article « Risques psychosociaux : le rôle pour le cadre » Jean-Luc STANISLAS, publié dans la Revue Objectif Soins & Management en novembre 2012.

Schéma 1 : Les principales causes de mal-être au travail³⁴



³⁴Extrait de l'article « Risques psychosociaux : le rôle pour le cadre » Jean-Luc STANISLAS, publié dans la Revue Objectif Soins & Management en novembre 2012.

Schéma 2 : Les quatre familles de tensions générant des RPS³⁵



Sur le plan législatif, des mesures réglementaires sont mises en place. Le décret du 5 novembre 2001, rend obligatoire pour les employeurs de publier une fiche d'évaluation des risques professionnels auxquels le salarié est exposé et des actions de préventions mises en place par l'employeur.³⁶

La loi du 17 janvier 2002, dite la de modernisation sociale inclut le concept de risques psycho-social. Elle détaille la responsabilité de l'employeur et introduit des articles nouveaux qui définissent et punissent le harcèlement moral dans le Code du Travail. Mais ces avancées législatives ne suffisent pas à susciter une réelle prise de conscience des RPS.³⁷

C'est malheureusement dans les années 2006-2009, à la suite de la vague de suicides au travail (France Télécom, Technocentre de Renault Guyancourt), surnommée la « crise des suicides » par les syndicats, que l'attention aux RPS va réémerger.

En 2007, Xavier BERTRAND, ministre du Travail de l'emploi et de l'insertion, sollicite Philippe NASSE, ancien inspecteur général de l'Institut National de la Statistique et des Études Economiques (INSEE) et vice-président du Conseil de la

³⁵ Extrait de l'article « Risques psychosociaux : le rôle pour le cadre » Jean-Luc STANISLAS, publié dans la Revue Objectif Soins & Management en novembre 2012.

³⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000408526/#:~:text=Imprimer-,D%C3%A9cret%20n%C2%B02001%2D1016%20du%205%20novembre%202001%20portant,D%C3%A9crets%20en%20Conseil%20d%27Etat>

³⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000408905/>

Concurrence et Patrick LEGERON, psychiatre et spécialiste du stress au travail, en vue d'élaborer un rapport sur l'identification, l'évaluation et le suivi des RPS au travail.

À la suite du rapport «NASSE- LEGERON», Michel GOLLAC, sociologue administrateur de l'INSEE, définit, délimite et propose des outils d'évaluations des RPS plus ciblés via le rapport GOLLAC publié en 2011.

2.6.2 Les RPS dans les établissements de santé.

Les RPS sont des éléments révélateurs d'un mal-être au travail, ils impliquent la responsabilité des organisations de travail et du management employé.

À l'hôpital, les RPS sont gérés par le Comité Sociale et Economique (CSE), anciennement Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et le directeur.

La gestion est encadrée par le Code du Travail, article 4121.1 qui précise que « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de préventions des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L.4161-1 ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* »³⁸

Cette obligation est renforcée dans le rapport NASSE-LEGERON. Les missions du CSE concernant l'évaluation de la prévention des RPS sont également affirmées.

2.6.3 Le cadre de santé et les RPS.

Une enquête effectuée aux Hospices civils de Lyon et menée par la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) Santé Sociaux publiée en juin 2011 a ciblé « *la charge, le rythme, l'intensité de travail comme des facteurs de dégradation des conditions de travail dans des proportions supérieures à la moyenne nationale* »³⁹.

Au regard de cette étude, nous pouvons nous interroger sur les organisations de travail au sein des établissements de santé, notamment la charge de travail d'un cadre de santé parfois responsable de plusieurs services.

D'autres enquêtes ont permis d'identifier les signes prodromes des RPS. Ces recherches prennent en considération les organisations et les conditions du travail dans les établissements de santé. Les résultats de l'enquête SUMER sur « *Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants* » de l'ANACT réalisée

³⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035640828/

³⁹ Extrait de l'article « Risques psychosociaux : le rôle pour le cadre » Jean-Luc STANISLAS, publié dans la Revue Objectif Soins & Management en novembre 2012.

en 2003 énumèrent les risques liés à la survenue des RPS. Il s'agit : de l'asthénie, d'un épuisement pouvant conduire à un burn-out, des maladies cardiaques, de troubles liés au sommeil, de troubles musculo-squelettiques, de pathologies mentales type dépression, troubles du comportement, addictions voire suicide.

Le cadre de santé, acteur essentiel dans l'organisation et la régulation du travail, est doublement exposé aux RPS.

Une autre étude SUMER, réalisée en 2010 concernant les conditions de travail des cadres et professions intermédiaires publié en 2012, démontre que ces professionnels sont face à une baisse de leurs marges de manœuvre, alors que les ouvriers connaissent une certaine autonomie.

De plus, dans la partie concernant la « *latitude décisionnelle* » du questionnaire KARASEK, outil d'évaluation des RPS au travail, les cadres et professions intermédiaires disposent d'une latitude qui tourne autour de -3% alors que la moyenne se situe à 1% entre 2003 et 2010. Ces résultats confirment l'évaluation sur le terrain selon laquelle le cadre est de plus en plus soumis à des règles de prescription strictes.

Il paraît compliqué d'évaluer les RPS dans le monde hospitalier, cela est dû à la diversité des modes de manifestation de ces risques. Cependant, des établissements comme l'ANACT, des associations notamment l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) et des cabinets de consultants proposent des outils d'évaluation des RPS et des recherches sur le terrain.

2.6.4 La prévention des RPS.

Les RPS sont à prendre au sérieux compte tenu des tensions internes et externes, notamment collectives qu'ils engendrent. Dans son article, publié dans la revue Objectif Soins & Management en novembre 2012, Jean-Luc STANISLAS, ancien cadre supérieur de santé à l'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard, fondateur de média digital Managersanté.com, préconise un travail en collaboration avec les « *acteurs clés* »⁴⁰ dans la prévention des RPS. Il désigne le service de médecine du travail, la Direction des Ressources Humaines (DRH), le CSE, la direction et bien sûr le cadre de santé.

Jean-Luc STANISLAS privilégie trois formes de prévention :

- La prévention primaire : il s'agit des actes ciblés sur l'origine de l'organisation, tels que la prévision d'une fusion de services par exemple.
- La prévention secondaire : il s'agit des formations ou activités mises en place pour gérer une situation stressante, comme les formations gestion du stress, relaxation, coaching ...

⁴⁰ Extrait de l'article « Risques psychosociaux : le rôle pour le cadre » Jean-Luc STANISLAS, publié dans la Revue Objectif Soins & Management en novembre 2012.

- La prévention tertiaire: elle désigne les outils d'accompagnement des soignants en difficulté ; les cellules d'écoute, les numéros verts, les prises en charge médicales

L'auteur de l'article précise que la forme de prévention la plus utilisée au sein des établissements de soin est la prévention tertiaire. Or, la prévention primaire est, selon lui, plus productive surtout dans le contexte de mutations permanentes auquel les institutions font face.

Aujourd'hui, les RPS sont perçus de façon négative pointant la responsabilité de la hiérarchie et s'appuyant sur des sanctions prévues par la loi. La tendance est à la prévention des RPS et à l'émergence de la qualité de vie et au bien-être au travail. Le concept de la qualité de vie au travail a une approche plus dynamique et une vision plus avantageuse.

Après avoir défini le concept des RPS, intéressons-nous au malaise du cadre de santé.

2.7 Origine du malaise des cadres de santé.

Le malaise se définit comme un « *État, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension* »⁴¹

Dans son ouvrage, *Le silence des cadres – Enquête sur un malaise*,⁴² Denis MONNEUSE, sociologue, enseignant-chercheur à l'Université du Québec à Montréal, identifie sept sources de malaise qu'il regroupe en trois catégories :

- **Un malaise identitaire**, lié à la dégradation de l'identité professionnelle et du prestige de la position sociale du cadre.
- **Un malaise psychologique**, lié au manque de reconnaissance du travail réalisé.
- **Une perte de sens du travail.**

Face à ces malaises, le sociologue analyse les comportements des cadres. Sur la base des travaux du sociologue Albert HIRSCHMAN, Dennis MONNEUSE distingue trois types de comportements du cadre :

- L'abandon: les cadres sont dans une démarche de changer de vie, de reconversion professionnelle, ou de préretraite.
- La manifestation : les cadres se syndicalisent.

⁴¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malaise/48823>

⁴² Sébastien STENGER. Le silence des cadres – Enquête sur un malaise. Revues annales des mines – gérer et comprendre 2015/ 4 n°122 pages 62 à 63. <https://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre-2015-4-page-62.htm>

- Le silence des cadres : qui peut-être une forme de protestation incapable d'être exprimée. C'est une forme de résignation ou un consentement passif, un désengagement progressif.

Cette dernière réaction illustre l'empêchement du cadre à se mettre en action sur le plan politique. Il peut induire un burn-out, des arrêts maladie, une addiction ou de l'absentéisme.

De plus en 2018, Didier TRUCHOT, professeur en psychologie sociale et Ivanne BESTAGNE mènent la première étude nationale sur le burn-out des cadres infirmiers⁴³. Cette étude mesure le burn-out à partir des deux dimensions centrales :

- L'épuisement émotionnel : il relève du sentiment d'être vidé nerveusement de ne plus avoir de ressources pour réaliser son travail. Cet épuisement est associé à une grande asthénie, une perte de motivation et un état de malaise douloureux.
- Et le cynisme : il se traduit par une situation de travail rendant le cadre incapable de répondre aux demandes institutionnelles, aux demandes des collègues, aux besoins des malades et à l'accompagnement des équipes. Le cadre emprunte un comportement de retrait, de mise à distance et de cynisme.

Le syndrome d'épuisement s'installe insidieusement et a pour conséquences ; une mauvaise santé psychique et physique, une agressivité pouvant mener à des conflits et une baisse de l'efficacité professionnelle.

Cette étude révèle un burn-out des cadres infirmiers excessif ; 23% de l'échantillon interrogé ressentent l'ensemble des symptômes de l'épuisement émotionnel « *plusieurs fois par semaine* ⁴⁴» ou « *tous les jours* »⁴⁵.

Les facteurs de stress sont répertoriés en quatre classes :

- La charge de travail : il s'agit du facteur le plus associé au burn-out. Il comprend une charge de travail conséquente conduisant à rapporter du travail au domicile ou à faire des heures supplémentaires. À cela s'ajoutent des tâches administratives chronophages. Le travail dans l'urgence et la quête de performances quotidiennes. Le travail inachevé, morcelé, voire interrompu.
- Solitude, manque de reconnaissance, manque de collégialité : le sentiment de ne pas être assez intégrés dans l'organisation, de ne pas avoir assez d'information pour bien effectuer leur travail, d'être peu associés à l'élaboration des projets. Les cadres infirmiers verbalisent un manque de justice procédurale. Ils ont la sensation d'être dans un management individualiste révélant l'absence d'un travail collectif
- Se sentir mal à l'aise dans un rôle ambigu : être dans une gestion économique avec une demande de productivité et de rentabilité imposée par la

⁴³ Didier TRUCHOT & Ivanne BESTAGNE. Le burn-out des cadres infirmiers : première étude nationale. Revue objectifs soins & management n°262 avril-mai 2018

<https://www.espaceinfirmier.fr/media/04d/1bb3f443017246ea2c4121187015c/articlesOBJ262.pdf>

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

direction. A cela s'ajoute la gestion de la qualité des soins, des ressources humaines du management des équipes. Les cadres infirmiers disent être confrontés à des injonctions paradoxales qui laissent apparaître un conflit de rôle, une crise des valeurs.

- L'interférence entre la vie professionnelle et la vie privée : cela induit une baisse des ressources personnelles pour performer sur le plan professionnel.

Au regard de ces différents types de malaise, j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur : le malaise identitaire lié à l'altération de l'identité professionnelle du cadre et la perte de sens lié aux injonctions paradoxales ainsi qu'à cette dégradation de l'identité professionnelle.

À présent, portons de l'intérêt pour le concept de la qualité de vie au travail.

2.8 La qualité de vie au travail.

Le concept de Qualité de Vie au Travail (QVT) est apparu dans les années 1950, il est issu des travaux du chercheur en psychologie, Éric TRIST. Le chercheur établit une relation entre la QVT et la productivité des employés.

Dans la même veine, en 1960, Irving BLUESTONE, salarié dans une entreprise de construction automobile américaine, mesure le bien-être des employés pour accroître leur productivité.

En 1972, suite à la conférence internationale tenue à New York, le Conseil International de Qualité de Vie au Travail est né. Un an plus tard, il reçoit l'autorisation de promouvoir la recherche et échanger des connaissances dans le champ de la santé mentale au travail et la QVT.

Aujourd'hui, les institutions de soins sont des microcosmes sociétaux qui évoluent dans un milieu instable. Le cadre de santé se trouve dans un milieu multiculturel et multi professionnel. Il joue un rôle central dans la prévention et la pérennité de la QVT des soignants.

2.8.1 La qualité de vie au travail des équipes.

En 2016, une enquête « *Attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique* », menée par l'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS) et l'agence Stethos⁴⁶, réalisée auprès de 4019 professionnels de santé démontre que plus de la moitié des répondants pensent que la qualité des soins prodigués par des soignants en souffrance psychologique pourrait être affectée au point de mettre en danger la vie du patient.

⁴⁶ Résultats de l'enquête SPS octobre 2016 <https://files.asso-sps.fr/assets/sps-dp-resultats-enquete.pdf>

Plus récemment, l'association SPS a effectué une étude en ligne en 2020⁴⁷, celle-ci révèle que 85% des répondants disent « *ne pas s'être sentis soutenus depuis le début de la crise sanitaire* »⁴⁸. L'enquête souligne que pour 7 soignants sur 10 le défaut d'organisation en matière de management et de protection des soins a participé à leur mal-être. Ainsi, 77% des participants souhaitent un meilleur management en matière d'organisationnelle.

Ces études confirment que la posture managériale adoptée par le cadre de santé est primordiale en vue de garantir la qualité et la sécurité des soins. Les liens entre le management et les RPS ne sont plus à prouver, de nombreux rapports, études et enquêtes s'accordent sur le fait que le cadre de santé joue un rôle capital dans la prévention des RPS.

Le cadre fait partie du fonctionnement hospitalier, du fait de sa position intermédiaire il apporte une analyse fine de l'activité et des préoccupations liées aux conditions et à l'organisation du travail des soignants. La restitution de l'analyse sera salvatrice à condition que lui-même soit fréquemment associée aux décisions stratégiques et organisationnelles de la direction.

Dans la même veine, la HAS a mené une étude en partenariat avec l'ANACT sur la QVT⁴⁹. L'un des objectifs de cette enquête est de promouvoir une dynamique qui harmonise les procédures d'amélioration des conditions de travail des soignants et la performance de l'institution.

Depuis 2010, la QVT est intégrée dans la certification⁵⁰. Cela signifie que les établissements de santé doivent désormais insuffler une approche de la QVT via des actions harmonisant le bien-être des soignants et la qualité des soins. Cette démarche est non normative, elle a pour objectif de promouvoir la QVT, elle se veut incitante.

Dans ce contexte, le cadre de santé est un acteur clé : il représente la charnière de cette organisation institutionnelle. Cependant, le cadre est aussi dépendant d'une gestion et d'une organisation en constante transformation. Il doit user de manœuvres et de stratégies pour pouvoir s'adapter et assurer ses missions et préserver la QVT des soignants, en vue de garantir une qualité et une sécurité des soins optimales.

Au fur et à mesure des investigations, nous constatons que le cadre est un acteur essentiel dans la QVT des soignants. Mais ce dernier dispose de peu d'espace pour son bien-être.

⁴⁷ Enquête SPS crise COVID-19, vécu et attentes des soignants : https://uploads-ssl.webflow.com/5de936ad1db32a2b73d9408b/5ecac146d0fb9b9183ad196a_CP-Covid19.pdf

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2634177/fr/qualite-de-vie-au-travail-qvt-dans-les-etablissements-de-sante-une-condition-pour-la-qualite-des-soins

⁵⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf

2.8.2 La qualité de vie au travail du cadre de santé.

Nous l'avons vu, l'Ordonnance du 2 mai 2005 et la loi HPST ont favorisé la mutualisation des ressources et des moyens, l'élaboration de projets de service et/ou de pôle. Ces mesures législatives ont été à l'initiative des collectifs cadres. Mais paradoxalement, on observe un isolement du cadre de santé. En effet, mis à part ces espaces de travail en groupe, il existe peu d'espaces dédiés au bien-être ou à la QVT du cadre de santé.

Pourtant le Rapport SINGLY, préconise la création d'un « espace-cadre »⁵¹. L'objectif étant de se transmettre des informations, d'émettre un avis sur des décisions et des choix institutionnels. Mais surtout de se soutenir, d'élaborer des références et une culture partagée en vue de créer une réelle identité professionnelle.

Des établissements ont développé et institué des espaces de bien-être pour les cadres de santé. C'est le cas en Seine-Maritime, au Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil, des cadres de santé ont eux-mêmes créé leur espace collectif⁵². Ces professionnels ont pour la plupart participé à la construction de l'établissement, au choix des équipements à la conception des nouvelles formes d'organisation du travail. Les cadres de santé sont inclus dans les décisions stratégiques du CHI, ils débattent, échangent et donnent leur avis sur ces choix. Les cadres peuvent échanger et verbaliser les situations difficiles, il en ressort une réelle cohésion du groupe.

Des moments de convivialité sont instaurés en vue de pérenniser cette solidarité. Cependant, ces temps se déroulent en équipes pluridisciplinaires. Ils sont difficilement applicables aux cadres de santé, contraints par la charge de travail et isolés dans les services ils ne bénéficient pas des mêmes temps de pause.

Une autre initiative est mise en place à Marseille, le collectif cadre de l'établissement privé de Clairval a lancé le mouvement « Cadr'attitude »⁵³ en 2013. Cette initiative est née au sein du collectif cadre de l'établissement, en collaboration avec des coachs de l'Agence Accompagnement des Métiers et Stratégies (AAMS). L'objectif est d'insuffler une dynamique positive et créative en vue de suggérer des propositions qui répondent aux demandes organisationnelles, et valorisent les cadres.

Ces initiatives démontrent l'absence de lieu destiné à la QVT des cadres et surtout le réel besoin pour les cadres de santé d'avoir un espace dédié à leur bien-être.

⁵¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

⁵² Sylvie LAVOISEY Article Les cadres de santé et la qualité de vie au travail, revue Soins-Cadres n°94 mai 2015

⁵³ <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/la-cadr-attitude-sous-le-signe-du-changement>

3 Synthèse du cadre conceptuel.

Pendant la structuration de mon cadre conceptuel, j'ai confronté en permanence au thème général de mon travail de recherche, les notions suivantes : le sens du travail, les RPS au travail, les responsabilités du cadre de santé, qualité de vie et le bien-être au travail. Je m'aperçois que ces concepts me conduisent à aiguïser ma réflexion.

Les ressources sur lesquelles je me suis appuyée telles que les travaux d'auteurs spécialisés sur le thème de mon mémoire, les textes législatifs, le référentiel de compétences, le guide de bonnes pratiques, le dictionnaire... m'ont permis de définir et de développer mes concepts. Ainsi, j'ai pu explorer des disciplines spécifiques qui m'ont obligée à développer des aspects du cadre conceptuel et parfois à définir des concepts qui ne sont pas mentionnés dans ma question de départ⁵⁴.

L'élaboration de mon cadre conceptuel m'oriente vers des questionnements plus précis. Cette vision me permet d'y voir plus clair, d'avancer sur mes interrogations.

Les concepts sur la présentation du cadre de santé m'ont permis de comprendre avec précision les missions du cadre de santé et son rôle dans la QVT. Ce dernier élément entre en lien direct avec le fait que le cadre soit garant de la qualité et de la sécurité des soins.

De plus, l'écriture de ces concepts m'a permis de saisir la place centrale qu'à le cadre de santé au sein des organisations du travail. Celui-ci doit privilégier, préserver et maintenir la QVT des soignants. Pour insuffler un bien-être au travail et être une personne ressource. Le positionnement du cadre doit être clair et sans ambiguïté.

Cependant, dans un monde hospitalier où le changement est permanent, et le « prendre le temps » d'échanger, de débattre, se fait de plus en plus rare, il semble compliqué pour le cadre de santé de préserver sa QVT.

Destiné à muter aux côtés des institutions de soin en vue de mieux répondre aux objectifs et aux missions de celles-ci, le cadre est lui-même pris dans une spirale qui parfois l'empêche d'assurer ou de maintenir son propre bien-être au travail. Ce contexte favorise l'apparition des RPS, conduisant à un mal-être au travail qui s'installe insidieusement. Ce mal-être induit des tensions qui peuvent occasionner un malaise au travail. Pour assurer ces missions, le cadre développe et met en place des stratégies adaptatives.

Au regard de cette situation étayée par des références littéraires, des recherches bibliographiques et par une enquête exploratoire sur le terrain (**Annexe 1**). Je constate que le cadre se trouve dans une capacité réduite voire une incapacité à prendre soin de l'équipe qu'il encadre et à promouvoir une dynamique bienveillante et humaniste.

⁵⁴ « En quoi le malaise des cadres de santé impact-il le management des équipes ? »

De plus, au cours de mes recherches, j'ai pu découvrir des initiatives impulsées par les cadres eux-mêmes pour prendre soin d'eux, de leur bien-être et leur QVT. Ces actions ont pour finalité d'opérer un management bienveillant et altruiste auprès des équipes soignantes. Dans ce contexte, ces soignants travaillant dans une dynamique humaniste pourront prodiguer des soins de qualité aux usagers du système de santé.

Par le biais de ces constats, je mesure l'impact du malaise des cadres sur le management des équipes. J'en viens à remanier ma question de départ, de manière à réellement démontrer ce que je souhaite aborder et sous quel aspect je souhaite m'interroger.

Au niveau du concept sur les RPS et la QVT, ainsi que dans les apports théoriques enseignés pendant cette année de formation, j'ai appris que les institutions de soins ont pour responsabilité de mettre en place des dispositifs en vue de prévenir non seulement les RPS des soignants, mais également ceux des cadres qui travaillent au sein de ces établissements de soin.

Je constate que ces dispositions sont régulièrement déployées pour les équipes soignantes, mais elles le sont très peu pour les cadres de santé.

4 La question de recherche.

Ainsi, dans l'élaboration de mon cadre conceptuel, plusieurs questions se sont soulevées. Je me suis interrogée sur la façon dont le cadre peut prendre soin de lui en l'absence d'espaces dédiés. Je me suis questionnée sur la manière dont les établissements de santé et les cadres peuvent collaborer pour favoriser et créer des espaces dédiés à la QVT des cadres.

J'en arrive à la formulation de ma question de recherche.

Par quels moyens d'action l'institution peut-elle prendre soin des cadres ?

Pour répondre à ma question de recherche, je déterminerai dans un premier temps déterminer son objectif et ciblerai le terrain et la population interrogée.

Dans un second temps, je présenterai l'outil d'enquête et j'étudierai les avantages et les limites de son application sur le terrain.

Puis dans un troisième temps, j'analyserai les retombées de l'enquête ainsi que les mises en perspective en lien avec la fonction cadre de santé.

Enfin je terminerai par l'impact de la crise sanitaire sur mon sujet de recherche.

5 Méthodologie de la recherche.

5.1 L'objectif de l'enquête.

Le but de cette enquête est de confronter les éléments théoriques du cadre conceptuel à la réalité du terrain, en vue de répondre et/ou d'apporter des pistes de réflexion à ma question de recherche.

5.2 Le terrain d'enquête.

Au regard du point de départ du déroulement de mon contexte d'émergence associé à ma carrière professionnelle, qui s'est essentiellement développée en santé mentale, j'ai fait le choix d'investiguer sur le terrain de la psychiatrie.

Il me semble délicat de mener une enquête de ce type dans le milieu Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Il s'avère que des subtilités spécifiques au MCO peuvent influencer les missions et le rôle du cadre de santé. Ayant très peu exercé dans ce domaine, il me paraît difficile de cerner ces finesses.

5.3 La population ciblée.

Compte tenu de ma question de recherche, j'aurais pu interroger les directeurs des établissements de santé et les directions des soins en vue de recenser les différentes actions mises en place pour prendre soin de la QVT des cadres.

Je pourrais également questionner l'équipe d'encadrement (cadres de santé et cadres supérieurs de santé) ainsi que les directions citées.

Néanmoins, ce que je souhaite faire émerger à travers cette recherche, c'est le point de vue de l'encadrement, leurs besoins et leurs attentes vis-à-vis de leurs hiérarchies.

Par le biais de ce mémoire, je voudrais également connaître les manœuvres et astuces que les cadres de santé mettent en place pour prendre soin d'eux et préserver leur QVT.

Ainsi, la population que j'ai choisi d'interroger est l'équipe d'encadrement à savoir ; les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé exerçant en psychiatrie.

5.4 Présentation de l'outil d'enquête.

Mon sujet se base sur le bien-être au travail, il est essentiel de laisser le cadre de santé s'exprimer librement.

J'ai fait le choix d'orienter ma recherche sous le prisme des sciences humaines : psychodynamique du travail et sociologie du travail. Dans ce contexte l'observation est nécessaire pour identifier un mal-être ou un malaise. Le non verbal est un premier élément de réponse qui me permettra de distinguer le bien-être et l'épanouissement du cadre dans son travail.

Les éléments que je souhaite recueillir sont de l'ordre du qualitatif. L'entretien semi-directif associé à une grille d'entretien correspond à l'outil idéal pour la réalisation de l'enquête. Cela permet de rester centré sur le protagoniste, ici le cadre de santé, mais aussi de l'interroger autour des thématiques déjà explicitées, en corrélation avec le cadre conceptuel. Avec cet outil, le cadre peut développer les sujets qu'il souhaite, s'il en ressent le besoin.

La grille d'entretien (**Annexe 6**) se compose de dix-sept questions, dont dix sont des questions ouvertes afin de privilégier l'échange et la discussion. Ces interrogations sont regroupées en quatre catégories :

- **Le contexte**, il se compose de quatre questions. Le but est d'avoir une représentation concrète du parcours professionnel et du lieu actuel d'exercice du cadre de santé.
- **Le rapport au travail**, il regroupe également quatre questions. L'objectif est de cerner la relation que le cadre entretient avec son travail. Cette relation se définit et évolue en fonction de la personnalité, de l'expérience et du vécu du cadre de santé.
- **La prise de poste**, cette partie rassemble cinq questions. Ici, je souhaite identifier le contexte dans lequel le cadre a pris ses fonctions et les moyens d'action mis en place pour faciliter et accompagner cette prise de poste. Je voudrais également mesurer l'efficacité de ces aides pour le cadre de santé.
- **Le bien-être au travail**, cette dernière catégorie regroupe quatre questions. J'aimerais ici recenser les espaces dédiés au bien-être du cadre au travail et évaluer la QVT de celui-ci.

La grille d'entretien comprend des questions de relance en vue de resituer et de développer les propos recueillis.

Cette grille d'entretien a été validée par ma directrice de mémoire.

5.4.1 Le déroulement des entretiens.

Dans un premier temps, je souhaite solliciter les directions des soins des établissements en santé mentale, en vue d'obtenir leur accord pour m'entretenir avec des cadres de santé.

Dans un second temps, je voudrais rencontrer les cadres volontaires en dehors de leur lieu de travail, dans un endroit neutre, type café. Le lieu de rencontre est selon moi, un élément capital qui risquerait d'influencer les échanges. Parler du bien-être en dehors du travail pourrait faciliter une discussion libre et sans tabous.

Avant de débiter l'entretien, j'aimerais m'assurer de l'autorisation à enregistrer nos échanges. Je préciserai que cette conversation est anonyme et confidentielle, je serai donc la seule à exploiter les données. Je rappellerai le sujet du mémoire et

apporterai la précision que les réponses qui m'importent sont les leurs. Il n'y a donc pas de mauvaise réponse.

Le questionnaire sera rempli par mes soins. De cette manière, le cadre interrogé sera libre de parler et de livrer son avis, ses attentes et ses astuces pour maintenir son bien-être au travail. J'évalue la durée de l'entretien à environ trente minutes ; quinze minutes pour remplir le questionnaire et quinze autres minutes pour les échanges, relances et développements des propos, si nécessaire.

5.5 Les avantages de l'enquête.

Cette méthodologie d'enquête me permettra de recueillir des éléments qualitatifs en lien avec mon sujet. Ces données seront enregistrées et anonymes.

L'option entretien-semi-directif me permet une visibilité sur la gestion du temps ; il y aura une prise de rendez-vous planifiée, avec un début, une fin et des éléments à exploiter.

Le fait de s'entretenir dans un endroit neutre permet un positionnement objectif et favorise les libres échanges.

De plus, l'entretien semi-directif est un moyen de donner du sens au discours du cadre et de recueillir ses besoins.

Privilégiant les échanges interactifs et interpersonnels, cet outil de recherche me correspond. Il me permettra d'effectuer des rencontres professionnelles et de recueillir les retours directs des interviewés.

5.6 Les limites de l'enquête.

Au regard de la pandémie mondiale qui n'a pas épargné notre pays, je me suis retrouvée dans l'impossibilité de mener mon enquête. Cela a été frustrant de ne pas confronter mes présupposés au terrain.

Dans la mesure où ce travail de recherche m'aurait apporté des pistes de réflexion sur lesquelles je souhaitais travailler, ne pas pouvoir recueillir les attentes et les astuces des cadres pour préserver leur bien-être m'a été difficile.

L'objectif de ce travail de recherche était de faire émerger des éléments de réponses qui m'auraient été utiles dans ma prise de poste en qualité de cadre de santé diplômée.

5.7 Les retombées du mémoire.

Aujourd'hui, cet objectif est partiellement atteint. Dans cette partie, je vais l'explicitier en dissociant mon intérêt personnel de l'impact que cela a produit sur ma vision professionnelle du cadre de santé.

5.7.1 Intérêts personnels.

Ce travail de recherche m'a permis de découvrir une nouvelle discipline des sciences humaines, il s'agit de la sociologie du travail. Les investigations menées pour répondre à mes interrogations professionnelles ont suscité un vif intérêt pour cette branche.

J'ai découvert de nombreux auteurs et travaux qui m'ont donné goût à la recherche.

De surcroît, ayant bénéficié de séances d'analyse de pratique lors de ma formation initiale, j'ai pris pour habitude d'interroger et de rechercher le sens dans ma pratique professionnelle. Par conséquent, l'approche par la psychodynamique du travail a tout de suite résonné avec le sens de mon évolution de carrière.

La rencontre avec la psychodynamique du travail m'a été productive. Du fait de mon appétence pour les recherches dans le domaine des sciences humaines associée à mon expertise en santé mentale, l'histoire de la psychodynamique du travail a fait écho à ma vision du soin humaniste en psychiatrie.

5.7.2 Intérêts professionnels.

Sur le plan professionnel, ce mémoire a permis une mise en mots de mon contexte d'émergence, en vue de travailler sur des pistes de réflexion prolifiques.

Grâce à ce travail, j'ai pu entrevoir et comprendre l'isolement et le malaise du cadre de santé. J'ai également découvert les nombreuses recherches sur le concept du travail et du sens qui lui est conféré.

Cela a suscité un questionnement concernant mon propre rapport au travail ; mon rapport à cette expérience de faisant fonction et ma relation à mon futur poste de cadre de santé diplômé.

Grâce à ce mémoire, aux apports théoriques de la formation et mises en application sur des terrains de stages, j'ai su intégrer et incarner mon évolution de carrière professionnelle. D'une certaine manière, j'ai compris et identifié les missions du cadre de santé. J'ai également discerné la position du cadre dans les organisations de soin et de travail.

Ces apports m'ont permis d'acquérir une posture managériale, qui sera étayée dès ma prise de poste et évoluera tout au long de ma carrière.

5.8 Mise en perspective avec la fonction cadre de santé.

Ne pouvant pas investiguer sur le terrain pour confronter ma question de recherche, cette partie sera l'occasion de présenter mes propositions et d'échanger autour de cela.

Ces propositions sont susceptibles de conserver des préconçus non avérés, c'est pourquoi elles restent des perspectives.

5.8.1 Le collectif cadre.

Dans ma grille d'entretien pour l'enquête exploratoire, des questions sont présentes à propos du collectif cadre. À travers ces questions, j'ai voulu recenser les opinions et évaluer l'efficacité du collectif sur le malaise des cadres.

Dans les résultats de l'enquête exploratoire, aucun cadre interrogé n'avait un collectif cadre dans son établissement de santé. Je suis donc partie d'une hypothèse qui laissait entendre que les collectifs cadres sont certes existants, mais peu nombreux ou disparates dans le paysage hospitalier.

J'ai souhaité confronter ce préconçu au terrain pendant mon enquête. C'est pourquoi j'ai conservé des questions sur ce sujet. Ainsi, j'aurai une vision du collectif cadre et de la manière dont celui-ci agit pour prendre soin des cadres de santé.

Étant donné que cela n'a pas été possible, je vous présente mes propositions concernant les moyens d'action du collectif cadre en vue de garantir la QVT des cadres de santé.

Le collectif cadre est apparu pendant l'émergence des pôles d'activités. Cela s'illustre par l'Ordonnance de 2005, qui institue la fusion et/ou la fermeture des services. Dans ce contexte, le collectif cadre permet la collaboration entre cadres pour assurer une continuité des soins et mutualiser les moyens en vue de garantir la performance des pôles.

Aujourd'hui, la plupart des collectifs cadres sont toujours dans cette optique du collaborer ensemble. Des groupes de travail sont créés, des temps d'échange sont dédiés pour favoriser cette mutualisation.

Ces collectifs ont pour avantages de favoriser la constitution d'une identité professionnelle et une culture des repères communs.

Cependant, dans un contexte où la QVT est de plus en plus mise en avant, les collectifs cadres ont du mal à développer des actions de prévention concernant le malaise du cadre.

Au regard de ce contexte, il est essentiel que les missions du collectif cadre soient requestionnées. L'idée ici est de favoriser un espace de parole au sein duquel

le cadre pourrait verbaliser des situations de travail difficiles, trouver soutien et solidarité auprès du collectif.

Néanmoins, réinterroger les missions du collectif cadre est parfois insuffisant. Dès lors que la présence de ces collectifs n'est pas effective dans tous les établissements de santé, cette proposition est partiellement applicable.

De plus, lorsque les collectifs cadres sont présents, il est parfois délicat pour certains cadres d'exprimer une difficulté rencontrée devant les collègues, qui plus est ne travaillent pas sur le même pôle.

Ces hypothèses m'amènent à la seconde proposition.

5.8.2 Les séances d'Analyses des Pratiques Professionnelles.

Dans cette partie, je suggère les séances d'Analyse de Pratiques Professionnelles (APP), l'objectif ici n'est pas de donner du sens ou de réinterroger les pratiques professionnelles. L'idée est d'offrir un espace de bien-être qui préserve la QVT des cadres de santé.

Anne-Marie LAGADEC, cadre formatrice à l'IFCS du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest, a mené une étude intitulée « *L'analyse des pratiques professionnelles : quelle contribution à la professionnalisation des cadres de santé soignants ?* »⁵⁵, auprès des cadres de santé. Elle a interrogé huit cadres de santé, ayant de quelques mois à trois ans d'ancienneté. Ces professionnels ont bénéficié, pendant huit mois, de séances APP animée par un consultant et directeur des soins.

Au terme de cette enquête, Anne-Marie LAGADEC constate que les séances d'APP ont été prolifiques pour notamment avoir une prise de recul et acquérir une posture réflexive.

Cependant, elle remarque que des séances ont tourné vers des espaces de soutien qu'elle apparente à des groupes de paroles. Ce constat souligne le besoin des cadres d'avoir un espace autre pour pouvoir aborder certaines thématiques en lien avec leur QVT.

Cette étude m'incite à croire que les séances d'APP seraient insuffisantes pour répondre au bien-être des cadres de santé. Mes pistes de réflexion m'ont conduit aux groupes de co-développement professionnels.

⁵⁵ Étude issue de l'article « *professionnalisation des cadres de santé et analyse des pratiques* » d'Anne-Marie LAGADEC publié dans la Revue Soins Cadre en mai 2009. <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/215210/index.pdf>

5.8.3 Les groupes de co-développement professionnel.

Le groupe de co-développement professionnel est une démarche de formation innovante, qui favorise l'intelligence collective par le biais d'une posture réflexive, en vue d'améliorer les pratiques.

Cette approche est originaire du Canada, elle est développée par Claude CHAMPAGNE, consultant indépendant en co-développement et pratiques collaboratives, et Adrien PAYETTE professeur à l'École Nationale d'Administration Publique à Montréal.

C'est une approche qui est souvent comparée aux APP, or elle va plus loin.

L'aspect novateur de cette approche se trouve dans l'interaction et l'apprentissage qu'elle apporte. Avec cet outil, les participants peuvent innover et développer leur créativité.

5.8.3.1 Présentation du groupe.

Les groupes de co-développement professionnel sont constitués de cinq à huit participants maximums. Ils se réunissent une fois par mois pendant une année.

Parmi les membres du groupe, trois rôles doivent resurgir :

- Le « *client* »⁵⁶, il s'agit du participant qui expose sa situation problématique.
- L'« *animateur* »⁵⁷, c'est le formateur qui oriente et guide la séance. L'animateur doit être formé au co-développement, il garantit le bon respect des règles de déontologie.
- Le « *consultant* »⁵⁸, correspond aux participants qui vont tenter de répondre à la problématique en apportant leurs expériences professionnelles, leurs ressentis et propositions.

Les rôles de client et de consultant varient en fonction des séances.

⁵⁶ <https://www.afcodev.com/le-codeveloppement/le-codeveloppement.html>

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

5.8.3.2 Le déroulement des séances.

Les séances se déroulent en six étapes.

La première étape consiste pour le « *client* » à l'exposé de la situation problématique ou préoccupante qu'il vit sur le moment.

La seconde étape permet aux « *consultants* » d'interroger le client pour avoir plus de précisions sur la situation énoncée.

La troisième étape correspond au « *contrat* »⁵⁹. Dans cette partie, le client verbalise clairement sa demande, il précise l'aide qu'il souhaite recevoir. Les « *consultants* » peuvent reformuler la demande en vue de la clarifier au maximum.

La quatrième étape représente la consultation. Les « *consultants* » échangent, donnent leurs ressentis, partagent leurs expériences. La réflexion et les solutions proposées se font en collectivité. Pendant ce temps le « *client* » est présent, il écoute et prend des notes si nécessaire, il n'intervient que pour apporter des précisions.

La cinquième étape permet de faire la synthèse des échanges. À cette étape, le « *client* » résume les propositions et présente son plan d'action. Il annonce la solution qu'il a choisie parmi celles proposées par les membres du groupe. Il peut également choisir une solution qui n'a pas été mentionnée ou n'en choisir aucune. Le choix revient au participant qui est libre de faire ce qu'il souhaite.

La sixième et dernière étape consiste à conclure cette séance. L'ensemble des participants s'expriment sur la séance et l'apprentissage qui leur a été apporté.

À noter que pour la séance suivante, le client fera un retour sur l'application ou non du plan.

Dans le cadre de mon travail de recherche, ces démarches (les séances d'APP et le groupe co-développement professionnel) peuvent faire émerger les problématiques de mal-être au travail voire de malaise. Les cadres de santé auront un espace approprié pour aborder ces sujets, réfléchir ensemble et élaborer des solutions pour prendre soin d'eux et préserver leur bien-être et leur QVT.

Les séances d'APP et les groupes de co-développement professionnel ne s'opposent pas au collectif cadre. Elles peuvent très bien le compléter. De cette manière, le cadre aura un espace défini par les travaux de groupe et un espace pour aborder des problématiques liées à sa QVT.

La finalité de ces groupes est d'offrir un espace dédié à la QVT des cadres afin qu'ils puissent opérer un management altruiste auprès des équipes, qui *in fine* dispenseront des soins opérationnels et de qualité aux usagers du système de santé.

⁵⁹ Ibid.

Pour conclure cette partie, ces propositions sont cumulatives. Elles sont complétées par d'autres actions déjà existantes dans les établissements de soin, tels que : les affiches de prévention concernant les RPS, les formations dédiées au bien-être type relaxation, sophrologie, massage ...

5.9 Impact de la situation sanitaire.

Dans cette dernière partie, je vais mettre en lien la situation sanitaire, induite par la pandémie, avec mon sujet de mémoire.

Cette analyse repose sur mon exercice professionnel en qualité de FFCS pendant le premier confinement, en mars 2019.

Au cours de cette période, j'ai pu constater l'émergence d'un collectif cadre de façon informelle. Les collègues cadres et moi, nous réunissions très régulièrement afin de faire le point sur l'état des lits, les effectifs soignants et les ressources matérielles dont nous disposions.

Ces collectifs informels nous ont permis de surmonter les difficultés liées à la situation sanitaire. Nous avons su mutualiser nos moyens, nos ressources et nos forces afin de garantir la continuité, la permanence et la qualité des soins. Une grande solidarité s'est développée.

Cette crise sanitaire nous avait confrontés à l'isolement dans lequel nous étions chacun de notre côté. Plus que jamais, elle nous démontre l'importance d'avoir des collectifs au sein desquels les espaces d'échanges, de réflexion et d'intelligence collective sont précieux.

Conclusion.

J'en arrive à la conclusion de mon mémoire. Mon expérience en qualité de FFCS m'a confrontée à l'isolement du cadre de santé. L'élaboration de ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mettre des mots sur cette solitude, de progresser sur mes questionnements professionnels, de mieux comprendre le contexte économique et social dans lequel le cadre de santé exerce.

Ces interrogations m'ont orientée vers l'impact du malaise du cadre de santé sur le management des équipes. Ma recherche s'est dirigée vers la QVT du cadre de santé. Le bien-être et la QVT comme indicateurs du leadership de ce dernier, pour donner du sens et mieux accompagner les équipes soignantes dans les transformations des organisations de travail.

Désormais au terme de mon cursus de formation, je suis sur le point d'intégrer une nouvelle fonction : devenir cadre de santé. Les questionnements et les réflexions développés tout au long de cet écrit se sont révélés prolifiques pour la construction de ma nouvelle identité professionnelle.

Il m'est difficile de rédiger la conclusion sans être allée jusqu'au bout de ce mémoire, j'aurais souhaité mener mon enquête de terrain. De plus, ne pas avoir de soutenance orale m'est frustrant. J'aurais aimé échanger, discuter et présenter mes idées auprès de professionnels experts. Cela aurait permis un temps de discussion constructive autour de mon sujet de mémoire et d'enrichi mes savoirs.

Au terme de ce travail, je remercie les personnes qui liront ce mémoire. Malgré un travail incomplet et n'ayant pas l'occasion d'une rencontre physique, j'espère que mon investissement et mon intérêt seront palpables au travers de ce mémoire.

Néanmoins, les entretiens menés au préalable me permettent de croire que la QVT des cadres de santé est un réel sujet. Prendre soin de ces cadres est essentiel pour pouvoir prendre soin de l'équipe de l'institution et *in fine* du patient.

Mon expérience pendant la crise sanitaire m'a permis de constater l'importance de la communication et du collectif pour le bien-être au travail du cadre de santé.

Mais alors, comment pérenniser ce collectif et cette communication au quotidien ? Comment le cadre peut-il s'y prendre ?

BIBLIOGRAPHIE.

Ouvrage :

David AUTISSIER & Frédéric WACHEUX. *Manager par le sens : Les clés de l'implication au travail.* Édition d'Organisation, Paris, 2006

Frederik MISPELBLOM BEYER. *Encadrer, un métier impossible ?* 3^e Édition Armand Colin, DUNOD Éditeur. Malakoff, 2015. « *Première partie : Entre le marteau et l'écume* » Pages 45 à 127.

Claude DUBAR ; Pierre TRIPIER & Valérie BOUSSARD. *Sociologie des professions.* 4^e Édition Armand Colin, DUNOD Éditeur. Malakoff, 2015. Chapitre 8 « *Les cadres en France, un groupe professionnel ?* » pages 189 à 198 ; chapitre 12 « *L'autonomie en question* » pages 272 à 299

Paule BOURRET, *Les cadres de santé à l'hôpital : Un travail de lien invisible.* Édition SELI ARSLAN, Paris, 2006

Catherine MIEG. *Les habits neufs du management : Comprendre la souffrance du manager.* Edition François BOURIN, Paris, 2015

Pascale MOLINIER. *Les enjeux psychiques du travail.* Édition PAYOT & Rivages, Paris, 2008 (Chapitre VII « *Les règles du métier* » pages 113 à 127 ; chapitre « *L'identité* » pages 131 à 147 ; chapitre « *La reconnaissance du travail* » pages 139 à 147 ; chapitre XIV « *Les stratégies collectives de défense* » pages 194 à 216 chapitre XVIII « *les incidences des nouvelles organisations du travail sur la santé mentale* » pages 262 à 285)

Walter HESBEEN. *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotient des soins.* Édition ELSEVIER Masson, Issy-les-Moulineaux, 2011 (Chapitre 4 « *Le travail de considération pour l'humain* » pages 45 à 56 ; chapitre 5 « *Logique de soins, logique soignante* » pages 57 à 72 ; chapitre « *La fonction de cadre de proximité* » pages 87 à 104 ; chapitre 8 « *Éthique du quotidien et management* » pages 105 à 127)

Christophe DEJOURS & Isabelle GERNET. *Psychopathologie du travail* 2^e édition. Edition Elsevier Masson, Collection Les âges de la vie, Issy-les-Moulineaux, 2016 (chapitre I « *Psychopathologie et psychodynamique du travail : approche conceptuelle* » pages 1 à 67 ; chapitre III « *Intervention et perspectives thérapeutiques* » pages 127 à 157)

Renaud SAINSAULIEU. *L'identité au travail.* Édition Sciences Po les presses, collection Référence, Paris, 2019 (Chapitre 5 « *L'expérience sociale d'encadrement* » pages 309 à 367)

Henry MINTZBERG. *Le management, Voyage au centre des organisations.* Éditions d'organisation EYROLLES, Paris, 2004 (Chapitre 1 « *La profession de manager* » pages 21 à 5 ; chapitre 8 « *L'organisation mécaniste* » pages 237 à 274 ; chapitre 9

« *L'organisation divisionnalisée* » pages 275 à 308 ; chapitre 10 « *L'organisation professionnelle* » pages 309 à 346)

Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*. Édition d'organisation collection référence-poche, Paris, 2006 (Chapitre 3 « *Quelques caractéristiques du travail des cadres pages* » pages 41 à 65 ; chapitre 4 « *Les pôles professionnels du cadre* » pages 65 à 112 ; chapitre 7 « *Devenir du travail du cadre* » pages 179 à 211)

Pierre-Yves GOMEZ. *Le travail invisible, enquête sur une disparition*. Édition DESCLEE DE BROUWER, collection Poche, Paris, 2019 (Chapitre 13 « *Les trois sources de la création de valeur* » pages 221 à 240 ; chapitre 14 « *Nouveau diagnostic économique* » pages 241 à 264)

Livres en ligne

Franck BRILLET, Isabelle SAUVIAT, Emilie SOUFFLET. *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail Définitions, concepts, méthodes*. Édition Dunod, Paris, 2017. <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100760541.htm>

Caroline CINTAS. *Violences Au Travail L'organisation En Débat*. Édition EMS Édition, Caen, 2013 (Chapitre 2 le management principal responsable des violences au travail ? pages 39 à 58) <https://univ-scholarvox-com.ezproxy.u-pec.fr/reader/docid/88816333/page/57>

Ressources imprimées :

Olivier Devillard. *Dynamiques d'équipes*. Troisième édition, Éditions d'Organisation, 2000, 2003, 2005 ISBN : 2-7081-3300-4

Jean-Luc STANISLAS *Les risques psycho-sociaux : le rôle du cadre*. Revue Objectif Soins & Management novembre 2012

Catherine MIEG. *Les valeurs et les postures d'un bon manager*.

Mathieu DETCHESSAHAR. *MANAGEMENT ET BIEN ETRE AU TRAVAIL*

Jihane MABROUK. *Management hospitalier : encadrer ou manager ?* Revue hospitalière de France, mai-juin 2009

Loïc MARTIN. *Dossier promouvoir le collectif cadre*. Revu soins cadres mai 2015

Jean-François POPIELSKI, *dossier Donner ou redonner du sens au travail*. Revu soins cadres n°87, Aout 2013

« *Réformes hospitalières : quelles stratégies managériales pour les CADRES HOSPITALIERS ?* » Août 2017

Fatéma SAFY-GODINEAU. La souffrance au travail des soignants : Une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. La Nouvelle Revue du Travail, volume 3, 2013

Sylvie LAVOISEY Article Les cadres de santé et la qualité de vie au travail, revue Soins-Cadres n°94 mai 2015

Articles en ligne :

Jean-Luc STANISLAS. Cadre de santé : l'identité professionnelle en question. Numéro 206 du 01/05/2012 Rubrique : Cahier du management. Revue Objectif Soins <http://www.managersante.com/wp-content/uploads/2016/01/espaceinfirmier-com-document-04-06-2012.pdf>

Yvon BRUNELLE. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il faut bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. 2009/1 Vol. 40 | Pages 39 à 48 <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm>

Hubert LANDIER. Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets. Revue Humanisme et entreprise 2010/ 1 n° 296 pages 81 à 91 [Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets | Cairn.info](https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2010-1-page-81.htm)

Catherine GLEE et Frederik MISPELBLOM BEYER. Manager sans perdre son âme : Quand le « réel du travail » des cadres ouvre la voie à des pratiques quotidiennes, alternatives et humanistes. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2012-45-page-251.htm>

Corinne GRENIER et Virginie MARTIN. Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? Revue management & avenir, 2013/3 N° 61 | Pages 129 à 145 <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2013-3-page-129.htm>

Françoise PIERSON. Pour un apprentissage de la lutte et de la résistance des cadres pour limiter leur souffrance au travail : les apports de la théorie de la reconnaissance d'Axel HONNETH. Revue management 2011/5 Vol. 14 | Pages 352 à 370 <https://www.cairn.info/revue-management-2011-5-page-352.htm>

Mathieu DETCHESSAHAR. Santé au travail. Revue française de gestion 2011/5 - n° 214 pages 89 à 105 <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-5-page-89.htm>

Sébastien STENGER. Le silence des cadres – Enquête sur un malaise. Annales des mines – Gérer et comprendre 2015/ 4 n°122 pages 62 à 63 <https://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre-2015-4-page-62.htm>

Isabelle BILLIARD. **Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail**. Clinique méditerranéenne 2002/2 (n° 66), pages 11 à 29 <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2002-2-page-11.htm>

Christine JEOFFRION, Jean-Philippe HAMARD, Sophie BARRE et Abdel Halim BOUDOUKHA, revue Le travail humain 2014/4 vol.77, pages 373 à 399 <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2014-4-page-373.htm>

Jean-Baptiste RAPPIN. Jeux de main, Jeux de management. Revue de métaphysique et de morale 2017/2 n°94 <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2017-2-page-215.htm>

Yves SCHWARTZ. La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. Revue l'homme & la société, 2004 n° 152-153. Pages 47 à 77 <https://www.cairn.info/journal-l-homme-et-la-societe-2004-2-page-47.htm>

Revue soins cadres :

Sylvie ANTOINE. Les cadres de santé sont-ils stressés ? Soins Cadres N° 68, pages 53 à 55 <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/194687/index.pdf>

Véronique HABEREY-KNUESSI. Les cadres, une catégorie professionnelle de prédilection pour les phénomènes de stress et de burnout. Soins Cadres, Vol 56, N° 77 février 2011, pages 27 à 30 <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/281806/index.pdf>

Véronique HABEREY-KNUESSI. L'engagement des cadres de proximité, entre satisfaction et souffrance. Soins Cadres, Vol 23, N° 89, février 2014, pages 39 à 41 <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/869514/main.pdf>

Enquêtes / Rapports :

Didier TRUCHOT et Ivonne BESTAGNE. Le burn-out des cadres infirmiers : <https://www.espaceinfirmier.fr/media/04d/1bb3f443017246ea2c4121187015c/articlesOBJ262.pdf>

Enquête nommée « *Attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique* » menée par l'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS) et l'agence Stethos : <https://files.asso-sps.fr/assets/sps-dp-resultats-enquete.pdf>

Enquête SPS crise COVID-19, vécu et attentes des soignants. : https://uploads-ssl.webflow.com/5de936ad1db32a2b73d9408b/5ecac146d0fb9b9183ad196a_CP-Covid19.pdf

Étude issue de l'article « professionnalisation des cadres de santé et analyse des pratiques » d'Anne-Marie LAGADEC publié dans la Revue Soins Cadre en mai 2009. <https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/215210/index.pdf>

Rapport de la mission des cadres hospitaliers présentée par Chantal SINGLY
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Étude issue de l'article « professionnalisation des cadres de santé et analyse des pratiques » d'Anne-Marie LAGADEC publié dans la Revue Soins Cadre en mai 2009.
<https://www-em-premium-com.ezproxy.u-pec.fr/showarticlefile/215210/index.pdf>

Cours IFCS :

Véronique GUIBERT. Une histoire de cadres de santé : d'hier à demain. Module 1

Véronique GUIBERT. Pilier 1 Agilité dans les projets. Module 4

Morgane LE GAL. Les leviers de l'efficacité collective. Module 4

Véronique GUIBERT. Le management bienveillant. Module 4

Morgane LE GAL. Mon chef et moi : une relation réussie. Module 4

Cours Master :

Dominique LETOURNEAU. Politique de santé, ECUE 1.2, cours service publique hospitaliers, les réformes hospitalières et la stratégie nationale de santé

Clémence ZACHARIE. Droit de la santé, ECUE 1.4, la réglementation des professions de santé, le droit des usagers, les institutions de santé

Norbert GOUTMANN. Droit du travail, ECUE 1.4

Jean-Paul DUMOND. Ethique ECUE 1.1 Ethique et management.

Yann VIDEAU. Economie de la santé ECUE 2.3

Jean-Paul DUMOND. Reconfigurer les organisations de santé ECUE 2.4

Justine ARNOUD. Gestion des risques et de la qualité des soins ECUE 3.1 TD Alvin PANJETA Les processus en mode PDSA.

Morgane LE GAL. La responsabilité du cadre de santé ECUE 4.3.

Marc SIDOROK. Les risques professionnels ECUE 4.3.

Morgane LE GAL. Les risques psycho-sociaux dans le soin ECUE 4.3

Amina OUERSIGHNI. Les résistances au changement ECUE 4.3

Patrick FARNAULT. Délégation de la dynamique du travail en équipe ECUE 4.4

Patrick FARNAULT. Travail de groupes sur la posture managériale ECUE 4.4

Webographie :

[Haute Autorité de Santé - Qualité de vie au travail \(QVT\) dans les établissements de santé, une condition pour la qualité des soins \(has-sante.fr\)](http://has-sante.fr)

[Comment prévenir les risques psychosociaux | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail \(Anact\)](http://anact.fr)

[RAPPORT FINAL T1 11 09 09 10h30 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

[Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail \(travail-emploi.gouv.fr\)](http://travail-emploi.gouv.fr)

[La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible | Cairn.info](http:// Cairn.info)

[Qu'est-ce qu'un groupe de Codéveloppement ? | Le Codéveloppement | Association Française du Codéveloppement Professionnel \(afcodev.com\)](http://afcodev.com)

[Le codéveloppement : secrets d'une approche puissante et pragmatique de développement professionnel \(cadre-dirigeant-magazine.com\)](http://cadre-dirigeant-magazine.com)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000408526/#:~:text=Imprimer-,D%C3%A9cret%20n%C2%B02001%2D1016%20du%205%20novembre%202001%20portant,D%C3%A9crets%20en%20Conseil%20d%27Etat>

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000408905/>

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035640828/

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2634177/fr/qualite-de-vie-au-travail-qvt-dans-les-etablissements-de-sante-une-condition-pour-la-qualite-des-soins

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf

<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/la-cadr-attitude-sous-le-signe-du-changement>

TABLE DES ANNEXES.

ANNEXE 1 : Questionnaire vierge de l'enquête exploratoire.	1
ANNEXE 2 : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier.	3
ANNEXE 3 : Retranscription de l'entretien avec la cadre de santé.	6
ANNEXE 4 : Retranscription de l'entretien avec la cadre supérieure de santé.....	10
ANNEXE 5 : Grille d'entretien.....	16

ANNEXE 1 : Questionnaire vierge de l'enquête exploratoire.

L'impact du malaise des cadres de santé sur l'accompagnement des équipes

Étudiante-cadre de santé, je vous invite à répondre à ce questionnaire afin de m'aider à mieux comprendre les difficultés du cadre de santé les répercussions de ces contraintes sur les équipes qu'il encadre.

Les données récoltées sont anonymes et confidentielles, elles m'aideront à mieux cibler mon sujet de mémoire dont le thème se situe autour du sens du travail.

La durée de ce questionnaire est de moins de 15 min

LE CONTEXTE

1. Date d'obtention du diplôme de cadre de santé :
2. Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?
3. Et depuis combien de temps ?

LE RAPPORT AU TRAVAIL

4. Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?
5. Quels sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ?
Le moins fort ?
6. Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez des exemples
7. Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse

RELATION AVEC LES PAIRS

8. Que pensez-vous du collectif cadre ?
9. Existe-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?
 - Oui
 - NonSi oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?
10. Comment décririez-vous vos relations avec vos pairs ?

Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe ?

Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?

Ou de ne pas avoir de contact avec les autres collègues ?

Vous sentez-vous souvent seul(e) ?

11. Selon vous quelles sont les obstacles qui empêchent de (re)donner du sens au travail des soignants ?

Est-ce le manque de reconnaissance professionnelle de la part de votre N+1 ou vos collaborateurs ?

Les demandes paradoxales ?

Une charge de travail conséquente ?

Manque de communication ou défaut de circulations des informations ?

Une atteinte des valeurs professionnelle ?

Autres :

**12. Certains changent ou sont tentés de changer de métier, qu'en pensez-vous ?
Qu'en est-il pour vous ?**

Pourquoi ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Mme YATERA Diellé.

ANNEXE 2 : Retranscription de l'entretien avec l'infirmier.

LE CONTEXTE

1. **Date d'obtention du diplôme de cadre de santé :** IDE depuis 2007
2. **Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?** Je suis IDE de nuit en psychiatrie adulte, en UHTP
3. **Et depuis combien de temps ?** Depuis septembre 2020. Auparavant, j'étais FFCS coordinateur pendant 5 mois.

LE RAPPORT AU TRAVAIL

4. Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?

Je souhaitais devenir cadre de santé dans le but d'évoluer dans ma carrière professionnelle. Je me sentais, prêt d'un point de vue de mon expérience professionnelle, je me sentais mature à endosser le rôle d'encadrer une équipe de soins.

Cependant après une expérience de quelques mois en tant que FFCS, les fortes responsabilités, le caractère tendu voir conflictuel des relations entre collègues et avec les médecins, la très faible valorisation financière mise en balance avec l'alourdissement significatif de la charge de travail, m'ont fait renoncer à ce projet et à revenir à mes fonctions antérieures d'IDE en UHTP.

5. Quelles sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ? Le moins fort ?

Dans mon activité professionnelle, je me sens utile lorsque j'apporte du soin constructif et donc aide le patient dont j'ai la charge à cheminer vers un mieux-être. Je me sens utile quand je participe à faire évoluer les pratiques vers des modèles plus efficaces.

Par contre, ce sentiment est le moins fort lorsque ma pratique professionnelle est phagocytée par des lourdeurs administratives et réglementaires sans logique apparente et par des désorganisations institutionnelles et organisationnelles.

6. Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez des exemples.

Au niveau des soins, les valeurs professionnelles se fondent en grande partie avec mes valeurs personnelles, bienveillance, empathie ... Par contre au niveau du management et de l'encadrement, je suis en désaccord profond avec le management de l'hôpital tel qu'il soit pratiqué actuellement. Pour plusieurs raisons, notamment les restrictions budgétaires sans aucune logique ni connaissance des réalités du terrain, le statut de la fonction publique qui impose de garder en poste des agents incompetents et désinvestis et où la possibilité de sanction est quasi inexistante ou tout du moins inefficace.

Mes valeurs personnelles sont une reconnaissance financière donc pas en adéquation. Des personnes qui ne font rien et sont trop payés et d'autre en font trop ne sont pas assez payés, ont souffert par la méritocratie ont souffert à cause d'une équité, ceux sont les valeurs de Fonction Publique (FP). Les IDES qui travaillent trop bien ne sont pas assez valorisés financièrement à cause de l'équité des valeurs de FP.

Mes valeurs sont également en contradiction avec les évolutions actuelles de la réglementation et de la législation. Par exemple, la réforme des soins sous contraintes a été d'une lourdeur importante pour les soignants en psychiatrie. Tout le temps

consacré à ces lourdeurs ajoutées aux restrictions budgétaires a pour conséquence un amoindrissement du temps soignant consacré au patient. Et donc des soins potentiellement moins bons qualitativement, ainsi qu'une mise en danger de l'intégrité physique et psychologique des soignants.

7. Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse.

Pour moi, la réponse est non, pour les argumentés je vous renvoie à la question 4. Ces arguments font parties des raisons pour lesquelles j'ai moi-même renoncé au projet de devenir cadre de santé. Actuellement, je pense que le métier de cadre de santé au sein d'une institution hospitalière publique est plutôt ingrat. L'équilibre à trouver entre la défense de l'équipe soignante encadrée et la mise en œuvre des injonctions de la direction de l'hôpital est très difficile à trouver.

RELATION AVEC LES PAIRS

8. Que pensez-vous du collectif cadre ?

Je n'ai pas senti de notion de collectif cadre lors de mon expérience de FFCS. Dans mon établissement, les cadres sont plutôt dans des rapports conflictuels, soit par concurrence pour des raisons d'ambition personnelle, soit par violence institutionnelle dans la gestion des lits et des prises en charge.

9. Existe-t-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?

Oui

Non, à ma connaissance

Si oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?

10. Comment décririez-vous vos relations avec vos pairs ?

Entre cadre : bien souvent tendue et peu cordiales

Dans l'équipe soignante : je travaille en binôme avec 2 IDE, relation normale, il y a une espèce de routine, dynamique personnalité dépendante c'est-à-dire de l'investissement de ton binôme

Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe ?

Non quand j'étais cadre, j'étais seul à devoir trouver une solution.

En tant qu'IDE, oui je fais partie d'un groupe d'une équipe soignante, plus largement de l'équipe de nuit de l'établissement.

Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?

J'ai eu parfois l'impression de faire équipe avec certains médecins dans la gestion des responsabilités dont j'avais la charge. J'ai eu aussi parfois ce sentiment avec certains cadres de santé mais trop peu. Bien souvent, des cadres de santé se reposaient sur moi pour la prise de responsabilité ou se déchargeaient sur leurs pairs.

Bien souvent, j'avais quelques cadres avec lesquelles il y avait une mutualisation des efforts. Et avec d'autres, c'était conflictuel quand je leur disais qu'ils avaient des lits de libres et qu'ils devaient hospitaliser le patient.

Ou de ne pas avoir de contact avec les autres collègues ?

Non, j'étais en contact permanent avec les cadres de santé de l'hôpital. C'est plutôt de la qualité de ces contacts que je me plains, car avec certains j'étais dans un rôle d'inquisition.

Vous sentez-vous souvent seul(e) ?

Oui, je me suis très souvent senti très seul face à des prises de responsabilité notamment dans le domaine de la gestion des lits et celui de la gestion des absences inopinées de personnel.

Au sein de l'équipe soignante non

11. Selon vous quels sont les obstacles qui empêchent de (re)donner du sens au travail des soignants ?

Les restrictions budgétaires, le manque d'attractivité de nos métiers, les lourdeurs toujours plus importantes des tâches administratives et de la réglementation (certification par exemple).

Est-ce le manque de reconnaissance professionnelle de la part de votre N+1 ou vos collaborateurs ?

En ce qui me concerne, je n'ai pas ressenti cela. Mais que vaut la reconnaissance personnelle quand il n'y a aucune reconnaissance financière avec une augmentation sans pareille de la charge de travail ?

Les demandes paradoxales ?

En effet, parfois les injonctions peuvent être vécues comme paradoxales, ce qui génère forcément de la souffrance au travail.

Une charge de travail conséquente ?

Dans mon poste de FFCS de coordination, la charge de travail était telle que ça m'a dégouté du métier de CS.

Manque de communication ou défaut de circulations des informations ?

Les informations circulent plutôt bien dans mon établissement, notamment par l'intranet et par courrier électronique. Le problème vient plutôt du manque d'investissement de certaines personnes qui ne se tiennent pas informées des vecteurs cités ci-dessus et qui du coup font perdre du temps à leurs pairs.

Une atteinte des valeurs professionnelle ?

Oui, je pense avoir répondu à cela tout au long de ce questionnaire.

Autres :

12. Certains changent ou sont tentés de changer de métier, qu'en pensez-vous ? Qu'en est-il pour vous ?

Pourquoi ?

Je trouve légitime que des soignants soient tentés de changer de métier, de l'infirmier au cadre de santé, de par le peu de reconnaissance pour l'investissement professionnel, la dégradation des conditions de travail et le manque d'attractivité des carrières à l'hôpital.

ANNEXE 3 : Retranscription de l'entretien avec la cadre de santé.

LE CONTEXTE

1. **Date d'obtention du diplôme de cadre de santé :** Juin 2016
2. **Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?** UHTP psy
3. **Et depuis combien de temps ?** Depuis bien 5ans

LE RAPPORT AU TRAVAIL

4. Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?

Pour une évolution professionnelle, avoir plus de responsabilités. Le positionnement en tant qu'ide leadeur m'a amené à vouloir accompagner une équipe soignante et l'encadre.

Agir à un autre niveau dans la prise en charge, participer à des projets de soins. Pouvoir participer à l'amélioration de la prise en charge des patients et contribuer à l'innovation. Je participe à la création d'une nouvelle unité de soin, je suis impliquée sur les plans architecturaux et organisationnels, les types de patients qui seront amenés à venir dans cette unité. Je participe à la mise en place de la sismothérapie dans mon établissement depuis plus d'une année. Actuellement, je travaille sur la restructuration de la structure où j'exerce. J'aime tout ce qui touche à l'organisation.

5. Quels sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ? Le moins fort ?

Les dimensions les moins : je ne me sens pas utile quand je vois des tensions au sein de l'équipe soignante ou entre l'équipe soignante et médicale. Car malgré les efforts je sens qu'il y a un des clashes je me demande ou est-ce que j'ai péché.

Le fait qu'on n'ait pas d'effectifs on n'arrive pas à recruter je travaille avec une équipe restreinte. Les soignants me demandent quand est-ce qu'on aura une équipe stable je n'ai pas de réponse à leur donner. Je me sens inutile quand ça ne marche pas et que tu t'es donné les moyens pour obtenir quelque chose et arriver à construire quelque chose avec ton équipe au final le résultat est négatif et c'est récurrent c'est un travail inachevé et ce n'est pas sur un truc précis. Je me sens inutile si l'on ne me sollicite pas si l'on ne me demande rien si on ne m'interpelle pas et si je ne suis pas intégrée au sein de l'équipe médicale et soignante c'est comme si tu n'étais pas reconnu dans ta fonction tu ne sers à rien.

Les dimensions les plus fortes : c'est l'inverse quand je me sens reconnue dans ma fonction, quand je suis intégrée au projet de pôle, quand on me sollicite pour mon expérience professionnelle et mon expertise professionnelle. Je suis une cadre de proximité qui a gardé un pied dans le soin du coup je participe beaucoup à des accompagnements à l'extérieur des patients du coup j'ai ce sentiment d'utilité quand les patients me remercient c'est de la reconnaissance, je me sens utile ça me fait chaud en cœur. Et c'est normal, la particularité de la psychiatrie en MCO les cadres sont administratif elles ne font pas de soin moi la semaine dernière j'ai donné une douche, je vais en sismothérapie. J'essaie de gérer tout en même temps ce n'est pas très simple.

6. Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez des exemples

On des valeurs personnelles et des valeurs professionnelles et on essaie qu'elles co-existent, mais ce n'est pas toujours facile.

Moi je suis pour l'égalité et l'équité, mais quand je suis en manque de personnel et que je dois garantir la continuité des soins je vais souvent solliciter les personnes dont je sais qu'ils vont se rendre disponibles et j'évite de solliciter ceux qui vont me dire non systématiquement.

En tant que cadre de santé on est toujours dans l'urgence et par rapport aux patients ont est en tension capacitaire tout le temps une chose qui va à l'encontre de nos valeurs soignantes on a tendance à réduire la durée d'hospitalisation pour un patient qui en a besoin, mais ont choisi le moins pire on pèse le pour et le contre

Le respect de la personne de la dignité de l'être humain en soi je fais en sorte que ce soit respecté. Je n'irai jamais à l'encontre, je ne ferai pas quelque chose qui aille à l'encontre de ça.

7. Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse

Oui, si je suis reconnue dans ma fonction si en plus de ça j'arrive à respecter mes valeurs professionnelles et personnelles dans mon travail ça insiste.

Si ce n'est pas le cas on ne se sent pas bien psychologiquement ça doit être compliqué d'être à ton poste de 9 à 17h tu te sens inutile et qu'on te demande de faire des choses à l'encontre de tes valeurs si c'est pour peut-être en burn-out. Les valeurs c'est ce qui fait notre personne ça fait partie de nous. Tu n'es plus à ta place tu ne te reconnais pas dans ce qu'on te demande de faire du coup ne t'as pas envie de rester tu as qu'une envie c'est de partir dans une autre unité ou trouver quelque chose qui soit plus en adéquation avec tes valeurs avec ce que tu penses

RELATION AVEC LES PAIRS

8. Que pensez-vous du collectif cadre ?

Il serait important d'en avoir un pour avoir un lieu d'écoute, d'expression de communication de partage d'expérience de recherche de soutien et d'accompagnement.

9. Existe-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?

10. Comment décrivez-vous vos relations avec vos pairs ?

J'ai peu de relations avec les pairs qui sont dans d'autres structures délocalisées, mais au sein de ma structure on a une organisation ou on communique beaucoup. Avant la période covid systématiquement on déjeunait ensemble et par moment la pause-café pour rire se détendre échanger des infos. Il existe des tensions quand même on n'est pas dans le pays des bisounours, mais ça se dissipe quand même.

Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe ?

Je ne dirai pas un groupe, car nous n'avons pas de collectif cadre, mais un sous-groupe de 3-4 cadres de santé. Actuellement, il y a beaucoup de turn-overs, des

cadres nouvellement arrivés dans la structure : la structure dans laquelle je travaille se compose de 3 unités. Dans l'une des 3, 2 nouveaux cadres sont arrivés. La période covid n'arrange pas les choses, du coup je n'ai pas vraiment fait leurs connaissances. L'établissement étant réparti sur plusieurs sites géographiques je côtoie les cadres de mon site.

Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?

Au sein de mon unité oui, en collaboration avec l'équipe médicale et soignante et je coordonne les actions de l'équipe soignante et médicale. L'équipe ne se réduit pas à l'équipe soignante je suis beaucoup sollicité par l'assistante sociale, les secrétaires médicales et les ergothérapeutes.

Avec les cadres de ma structure oui également, car on essaie de faire en sorte qu'on ait à peu près le même fonctionnement pour que ça ait le même sens. Nous avons des missions transversales au sein de la structure comme la vérification du sac d'urgences dont je suis responsable.

Ou de ne pas avoir de contact avec les autres collègues ?

Pas le cas dans ce questionnaire

Vous sentez-vous souvent seul(e) ?

Non, car je partage mon bureau avec cadre de l'unité voisine qui nous permet de nous soutenir et d'entre aides qui fait partie de l'une de mes valeurs. On peut échanger se questionner sur des situations et se renforcer, de ne pas se sentir seule. Parfois de trouver des solutions ensemble.

11. Selon vous quelles sont les obstacles qui empêchent de (re)donner du sens au travail des soignants ?

Est-ce le manque de reconnaissance professionnelle de la part de votre N+1 ou vos collaborateurs ?

Non, car ma N+1 est très soutenante à l'écoute et l'on se complète bien. J'agis toujours dans l'urgence j'ai une problématique op c'est réglé et elle, elle a un caractère plus posé elle peut me freiner parfois en me disant stop là on se pose et on réfléchit et j'ai cette reconnaissance qu'elle a envers moi et de l'autonomie qui me laisse prendre des initiatives elle me fait confiance et je sais que je peux la solliciter. Nous partageons la même vision du soignant en psychiatrie.

Les demandes paradoxales ?

Les demandes paradoxales c'est sur car nous même en tant que cadre quand on doit transmettre une information paradoxale.

En fait si a pas de sens pour les cadres comment le transmettre au soignant

La crise du covid quand il n'y a pas assez de masques et que la direction dit qu'il n'y a pas besoin de masque sauf pour des soins au niveau de la sphère oropharyngée et quand les masques arrivent on nous dit qu'il faut mettre des masques et les changer toutes les 4h.

Une charge de travail conséquente ?

Oui, actuellement les soignants ont de plus en plus de traçabilité et de demande administrative ça questionne le sens de leurs professions. C'est chronophage et c'est

du temps qu'on prend pour être auprès du patient et pour en tant que soignant c'est être auprès du patient c'est le sens de leur travail.

Manque de communication ou défaut de circulations des informations ?

C'est sûr, car au travers des réunions il faut être posé pour pouvoir transmettre les informations c'est à ce moment-là qu'on peut faire un débrief et redonner du sens et expliquer pourquoi on a fait ça par exemple une mise sous contention. C'est en communiquant si l'on n'a pas de communication il n'a rien qui se passe. Ce n'est pas seulement leur transmettre des informations, mais savoir ce qu'ils pensent savoir leurs ressenti quand par exemple la direction demande de mettre en place une procédure, mais c'est vrai que dans l'urgence la direction nous envoie par mail et des fois c'est compliqué on leur file l'information comme ça et des fois l'information ne passe pas

Une atteinte des valeurs professionnelle ?

En tant que cadre, on transmet les valeurs de la profession soignante. S'il y a une atteinte des valeurs, elles sont liées aux valeurs personnelles donc leur travail n'aura plus de sens pour eux et même pour nous. On sait que les professions soignantes on travaille avec de l'humain donc il y a des valeurs professionnelles qui sont liées à nos valeurs personnelles si on va à l'encontre de ces valeurs quel est le sens de la profession.

Autres :

Un manque de formation initiale si dès le départ on ne donne pas du sens à pourquoi ils font les choses. Un truc tout bête pourquoi on prend la tension matin et soir aux patients on me dit c'est parce qu'on est à l'hôpital.

12. Certains changent ou sont tentés de changer de métier, qu'en pensez-vous ? Qu'en-t-il pour vous ?

Parce qu'on a le sentiment d'aller à l'encontre de ses valeurs on ne comprend pas le sens de ce qu'on nous demande de faire pas de reconnaissance et puis on ne se sent pas à sa place on n'est pas épanouie sur le plan personnel et professionnel et il y a ce qui vont jusqu'au burn-out et moi pour l'instant je n'ai pas atteint ce stade donc j'espère que ça va durer même si ce n'est pas toujours rose donc même si l'on est entouré, entendu et soutenu et bien accompagné et qu'on peut s'exprimer qu'on ait le droit à la parole je pense que ça nous permet de nous sentir mieux

ANNEXE 4 : Retranscription de l'entretien avec la cadre supérieure de santé.

LE CONTEXTE

1. **Date d'obtention du diplôme de cadre de santé** : Juin 2016
2. **Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?** En psychiatrie adulte en UHTP
3. **Et depuis combien de temps ?** Bientôt 5 ans

LE RAPPORT AU TRAVAIL

4. Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?

Pour évoluer sur le plan professionnel, avoir plus de responsabilités et manager une équipe soignante, l'encadrer, l'accompagner. Mais aussi transmettre les valeurs professionnelles et donner du sens.

J'ai voulu participer à l'organisation d'une unité de soins en collaboration avec l'équipe soignante et l'équipe médicale.

Et m'impliquer davantage dans la prise en charge globale des patients ainsi qu'à leur projet de soins, en coordonnant les différents intervenants. J'ai souhaité garantir la qualité et la sécurité des soins.

J'ai voulu m'intégrer au sein des projets de pôle et institutionnels permettant l'innovation ou l'amélioration dans la prise en charge des patients hospitalisés. Ainsi :

- J'ai participé à la mise en place des séances de sismothérapie en collaboration avec l'hôpital de Delafontaine, plus spécifiquement sur les besoins, l'organisation, le parcours patient...
- Actuellement, je participe à la création d'un Centre d'Accueil et de Crise (CAC)/Centre Renforcé d'Urgence de Psychiatrie d'Aval (CRUPA) qui sera intégrée sur un établissement de santé avec lequel nous travaillons très régulièrement (plan, parcours patient, logistique, sécurité, administrative, financière...)

5. Quels sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ? Le moins fort ?

Les dimensions les plus fortes :

Quand la collaboration entre les différents intervenants est optimale et qu'elle aboutit à une meilleure prise en charge des patients.

Lorsqu'il y a une reconnaissance de la part de notre hiérarchie et de nos collaborateurs.

Les dimensions les moins fortes :

Quand il existe des conflits interprofessionnels qui altèrent la dynamique de groupe et donne sentiment de mal être au travail.

Ne pas réussir à fidéliser et à maintenir une certaine stabilité au sein de l'équipe (difficulté de recrutement).

6. Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez des exemples

J'essaye de tendre vers une cohérence entre mes valeurs personnelles et mes valeurs professionnelles, mais nous agissons souvent dans l'urgence.

Actuellement au sein de notre établissement, il existe une tension capacitaire qui nous oblige à écourter des séjours hospitaliers au détriment de la prise en charge du patient, qui mériterait quelques jours supplémentaires.

L'absentéisme récurrent nous oblige parfois à prendre certaines décisions pas toujours équitables auprès des agents afin de garantir la continuité des soins.

7. Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse

Oui. Ces 2 conditions réunies démontrent que nous sommes reconnues et que notre travail est reconnu en tant que tel.

On se sent en adéquation avec nous-même.

RELATION AVEC LES PAIRS

8. Que pensez-vous du collectif cadre ?

Important pour la recherche d'information. Lieu d'échanges. Faire un retour sur l'expérience. Trouver des solutions. Améliorer sa pratique. Sentiment d'appartenance de reconnaissance. Moins isolé. Soutien. Donner du sens à notre pratique. Aller dans le même sens, même si l'on a des visons différents. Arriver à des consensus.

9. Existe-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?

10. Comment décririez-vous vos relations avec vos pairs ?

Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe ?

Oui.

Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?

Oui.

Ou de ne pas avoir de contact avec les autres collègues ?

Non. Je travaille sur un site délocalisé. J'ai moins de contact avec les autres sites.

Vous sentez-vous souvent seul(e) ?

Non. Je partage mon bureau avec la cadre d'un autre secteur, ce qui favorise les échanges et l'entraide. De plus, j'ai une cadre supérieure qui partage les mêmes valeurs et la même vision du travail soignant.

11. Selon vous quelles sont les obstacles qui empêchent de (re)donner du sens au travail des soignants ?

Est-ce le manque de reconnaissance professionnelle de la part de votre N+1 ou vos collaborateurs ?

Oui, mais je ne me retrouve pas dans ce cas de figure.

Les demandes paradoxales ?

Oui.

Une charge de travail conséquente ?

Oui

Aujourd'hui, il y a de plus en plus de tâches administratives, de traçabilité, très souvent chronophage pour les soignants. Le temps qu'ils ne passent pas auprès des patients est réduit, quid de la mission du soignant. Perte du sens de leur cœur de métier.

Manque de communication ou défaut de circulations des informations ?

Oui

Trop d'informations à diffuser en très peu de temps, et à assimiler en très peu de temps. Information qui se perd.

Nouvelles procédures, nouveaux protocoles...

Manque de temps pour se réunir régulièrement pour évoquer tous ces changements et leur donner du sens, avec parfois des passages à l'acte ; « à partir de telle date, ce sera comme ça et non plus comme ça »

Une atteinte des valeurs professionnelle ?

Oui

Autres :

Une formation initiale insuffisante

12. Certains changent ou sont tentés de changer de métier, qu'en pensez-vous ? Qu'en est-il pour vous ?

Pourquoi ?

Pour moi, si l'on ne se sent plus à sa place, il vaut mieux changer pour ne pas mettre en péril sa santé physique et mentale (risque psycho-social).

Pour le moment je dirai non, mais peut-être qu'un jour oui, si je ne me retrouve plus dans ce que je suis devenue et ce que je fais, car j'irai à l'encontre de mes valeurs personnelles et professionnelles.

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec un cadre supérieur de santé formateur.

LE CONTEXTE

1. **Date d'obtention du diplôme de cadre de santé** : J'étais diplômée cadre de santé en 2006. J'ai été en poste de cadre supérieure de santé en 2016, et officiellement cadre supérieure de santé en 2017
2. **Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?** Responsable pédagogique au sein d'un IFSI
3. **Et depuis combien de temps ?** 5 ans

LE RAPPORT AU TRAVAIL

4. Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?

J'ai voulu prendre plus de responsabilités, faire part de mon expérience et accompagner une équipe soignante. J'ai souhaité accompagner les soignants d'une autre façon.

Je me suis lancé dans la pédagogie, car ça rassemble mon expérience professionnelle, notamment autour de l'accompagnement. J'ai fait de la cancérologie, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), j'ai fait du libéral, j'ai de la psychiatrie. Mon expérience était suffisamment importante pour transmettre et j'avais acquis de l'assurance pour être crédible et congruente.

La pédagogie poursuit ma ligne de conduite qui est l'accompagnement des personnes, j'ai accompagné des enfants malades et une équipe. La pédagogie c'est une façon de prendre soin c'est une autre facette de l'accompagnement.

5. Quels sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ? Le moins fort ?

Les moments où je me sens le plus utile, ce sont les rencontres que j'ai pu faire au cours de ma carrière. Ça m'a apporté des choses, je me suis sentie utile, c'est pour ça que je l'ai fait.

Les moments où je me sens le moins utile, se sont ceux où je me retrouve confronté aux évolutions du métier d'IDE et de cadre. À l'heure actuelle je ne sais pas, les métiers d'IDE et de cadre sont en pleine évolution et je suis fatiguée, car ce sont des métiers éprouvants où il faut pouvoir se ressourcer. Je conseille aux nouveaux cadres de prendre soin d'eux pour pouvoir accompagner les autres, avoir une vie à côté et prendre du recul et ne pas se laisser envahir.

6. Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez des exemples

C'est mitigé c'est à la fois oui et non, je trouve qu'on demande trop aux cadres. Quand on voit les fiches de poste, quand on voit des cadres qui ont 5-6 services à gérer, les postes sont certainement surdimensionnés. En plus, les cadres sont mal payés, dans le privé pour être bien payé il faut faire des heures supplémentaires. C'est pour ça que le métier est déserté, c'est pour ça qu'il y a des cadres en burn-out. Après les missions d'accompagnement, de conduite de projet, participer à faire évoluer les soignants au bout il y a la qualité et le patient y trouve son compte.

7. Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse

Oui, cela joue énormément. Pour ma part, ce qui ne m'allait pas du tout ce n'est pas les nouveaux outils informatiques, mais c'est la T2A ça a provoqué des bouleversements, des turn-overs. Avec la T2A c'est le rendement à tout prix, mais là avec ça, on ne peut plus faire de compromis.

RELATION AVEC LES PAIRS

8. Que pensez-vous du collectif cadre ?

Ça peut être une façon de transmettre l'expérience de parler de ce qu'on vit et éviter certains écueils dans les prises de postes.

9. Existe-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?

- Oui
 Non

Dans l'ancienne IFSI au sein de laquelle j'exerçais, il y avait un collectif cadre supérieur de santé.

Si oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?

Je n'ai pas éprouvé le besoin, je ne les sollicite pas, car j'ai un peu l'habitude de me débrouiller seule. J'ai été élevé dans il faut travailler dur mets-toi en retrait pas en avant.

10. Comment décririez-vous vos relations avec vos pairs ?

Avez-vous le sentiment de faire partie d'un groupe ?

Oui

Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?

Oui

Ou de ne pas avoir de contact avec les autres collègues ?

Non, nous sommes dans une relation de confiance on a des informations en tant que cadres on fait partis d'un collectif.

Vous sentez-vous souvent seul(e) ?

J'occupe un poste plutôt solitaire, mais je ne me sens pas seule après quand on s'occupe d'une équipe à un moment donné on est un peu seul il y a une partie de la vie de l'équipe on ne participe pas pour pouvoir prendre de la hauteur.

11. Selon vous quelles sont les obstacles qui empêchent de (re)donner du sens au travail des soignants ?

Est-ce le manque de reconnaissance professionnelle de la part de votre N+1 ou vos collaborateurs ?

Les demandes paradoxales ?

Oui, les demandes paradoxales sont obstacle on ne peut pas le nier

Une charge de travail conséquente ?

Ce n'est pas la charge de travail conséquent parce que ça les soignants ils savent gérer c'est quand ça déborde

Manque de communication ou défaut de circulations des informations ?

Une atteinte des valeurs professionnelle ?

Autres :

Pour moi, toutes ces propositions empêchent d'accéder au sens.

12. Certains changent ou sont tentés de changer de métier, qu'en pensez-vous ? Qu'en est-il pour vous ?

Je peux le comprendre, je songe également à changer de métier. Mais toujours dans la même ligne de conduite : l'accompagnement moi ce mot rélit mes trajectoires.

Pourquoi ?

Ça fait 20 ans que je fais de la pédagogie je suis un peu au bout de quelque chose, je ne sais pas encore ce que je vais faire c'est aussi pour redynamiser les 10 dernières années qui me restent. Mais quand on atteint un niveau de carrière, on a plutôt envie d'avancer, je suis cadre supérieure dans la fonction publique, j'ai un niveau de salaire, des responsabilités et de l'expérience professionnelle à faire partager.

Tout ça entre en ligne. Je sais faire que ça soigner et accompagner, conseiller, aider ça fait partie intrinsèque de moi. Depuis toujours, je suis toujours en train de m'occuper de quelqu'un. J'aime ça, faire de la formation ce n'est pas si éloigné du prendre soin, car on s'occupe des étudiants qui vont s'occuper des patients. Quand on est vraiment soignant de la racine des ongles jusqu'au bout des cheveux, quelle que soit la façon dont on le décline on s'occupe toujours des autres. Le cadre de santé sait s'occuper des soignants donc in fine tu t'occupes du patient. Tu te préoccupes toujours de quelque chose.

ANNEXE 6 : Grille d'entretien.

Le bien-être au travail des cadres de santé.

Etudiante cadre de santé, je vous invite à répondre à ce questionnaire afin de m'aider à identifier si les moyens d'actions mis en place par votre institution en vue de préserver votre qualité de vie au travail répondent à vos attentes.

Les données récoltées sont anonymes et confidentielles, elles me permettront de mieux cibler mon sujet de mémoire dont le thème se situe autour des risques psycho-sociaux des cadres de santé.

La durée de ce questionnaire est de moins de 15 min

LE CONTEXTE

1. **Date d'obtention du diplôme de cadre de santé :**
2. **Quel est votre formation paramédicale initiale ?**
3. **Actuellement, dans quel service de soin travaillez-vous ?**
4. **Depuis combien de temps ?**

LE RAPPORT AU TRAVAIL

5. **Pour quelles raisons avez-vous choisis de devenir cadre de santé ?**
6. **Quels sont les dimensions de votre métier où le sentiment d'utilité est le plus fort ?
Le moins fort ?**
7. **Diriez-vous que vos valeurs professionnelles sont en accord avec les valeurs personnelles ? Donnez un exemple**
8. **Pensez-vous que le sentiment d'utilité allié au respect des valeurs incite à rester en poste ? Argumentez votre réponse**

LA PRISE DE POSTE

9. **Avez-vous bénéficié d'un accompagnement pour votre prise de poste ?
Si oui, pouvez-vous préciser ?
Si non savez-vous pour quelles raisons ?**

10. Pour ceux qui n'ont pas bénéficié d'accompagnement dans la prise de poste, avez-vous ressenti ce défaut d'accompagnement dans votre prise de poste ?
Donnez un exemple

11. Pour les cadres ayant eu un accompagnement dans la prise de poste, en quoi cet aide vous a-t-elle permis été bénéfique ? *Donnez un exemple*

12. Au cours de votre carrière de cadre, avez-vous rencontré une situation managériale difficile ? *Argumentez*

13. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement dans la gestion de cette situation ?

Si oui précisez quel type d'accompagnement. :

Si non comment avez -vous géré la situation complexe ? *Donnez un exemple*

LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

14. Il y'a-t-il des espaces dédiés au bien-être des cadres dans votre établissement ?
Si oui précisez lesquels

15. Il y'a-t-il un programme de qualité de vie au travail destiné au cadres dans votre établissement ? *Si oui précisez*

16. Existe-il un collectif cadre au sein de votre établissement ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous déjà sollicité ce collectif ? Pourquoi ?

17. Selon vous par quel moyen l'institution peut-elle prendre soin des cadres ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Mme YATERA Diellé.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@20-21

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

L'ISOLEMENT DU CADRE DE SANTE

Vers la reconnaissance d'un malaise ?

Diellé YATERA

MOTS CLÉS

Isolement – malaise- qualité de vie au travail – établissement de santé

KEY WORDS

Isolation - discomfort - quality of life at work - health establishment

RÉSUMÉ

Dans un contexte où l'on prône de plus en plus un management éthique et bienveillant, le cadre doit être en mesure d'impulser une dynamique bienveillante et préserver la qualité de vie au travail des soignants. Destiné à muter aux côtés des institutions de soin en vue de mieux répondre aux objectifs et aux missions de celles-ci, le cadre de santé est lui-même pris dans une spirale qui parfois l'empêche d'assurer ou de maintenir son propre bien-être au travail. Ce contexte favorise l'apparition de risques psycho-sociaux, conduisant à un mal-être au travail pouvant aller jusqu'au malaise au travail.

On entend souvent dire que l'équipe soignante est à l'image du cadre de santé. Comme si une équipe en souffrance était le symptôme d'un malaise du cadre de santé.

Futur cadre de santé, je m'interroge sur l'impact du malaise des cadres sur le management des équipes. À travers ce mémoire, je souhaite mener une réflexion sur ce sujet. L'objectif ici est de faire mûrir une réflexion en vue de proposer des solutions d'aide pour mes (futurs) collègues et moi-même. De cette manière, nous pourrions assurer les missions d'encadrement, préserver la qualité de vie au travail des soignants et in fine garantir une qualité et une sécurité de soins optimales au patient.

ABSTRACT

In a context where ethical and benevolent management is increasingly advocated, the manager must be able to impulse a benevolent dynamic and preserve the quality of life at work of the carers. Destined to move alongside health care institutions in order to better meet their objectives and missions, health care managers are themselves caught up in a spiral that sometimes prevents them from ensuring or maintaining their own well-being at work. This context favours the appearance of psycho-social risks, leading to ill-being at work, which can even lead to malaise at work.

It is often said that the health care team is the image of the health care manager. As if a suffering team was a symptom of the health executive's malaise.

As a future health executive, I am wondering about the impact of the malaise of executives on team management. Through this thesis, I wish to reflect on this subject. The aim here is to develop a reflection with a view to proposing solutions to help my (future) colleagues and myself. In this way, we could ensure the management tasks, preserve the quality of life at work of the caregivers and ultimately guarantee optimal quality and safety of care for the patient.