

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Entre bien-être et bien faire

*Quand le management de la co-construction
des projets favorise la qualité de vie au
travail au bénéfice de la qualité des soins*

Laurence HATEZ

DCS@16-17

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.

« Au nom de la spécificité de l'être humain, l'individu est toujours soucieux de donner du sens à ce qu'il fait : pas de bien-être sans bien faire. »

Jacques LE GOFF, 2015
Retour en grâce du travail :
du déni à la redécouverte d'une valeur

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier ma Directrice de mémoire, Madame HERNANDEZ Hélène, pour sa disponibilité et sa gentillesse. Elle m'a guidée et accompagnée tout au long de ce travail de recherche. J'ai été touchée par sa bienveillance lors de nos rencontres. Elle a été un soutien solide dans l'élaboration de mon travail.

Je remercie sincèrement tous les professionnels qui m'ont apporté leur aide et leurs conseils contribuant à l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe de l'École Supérieure Montsouris pour sa bienveillance et sa disponibilité au cours de la formation.

Enfin je remercie chaleureusement ma famille, et plus particulièrement mon mari, pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	4
1 Du constat à la phase exploratoire : cheminement d'un questionnaire	5
1.1 Constat et question de départ	5
1.2 Phase exploratoire : définir le contexte pour problématiser la réflexion	6
1.2.1 Hôpital en mutation et mal être soignant : deux défis managériaux	6
1.2.2 La psychiatrie, un milieu en perte de repères mais plein de ressources	7
1.2.3 Risques psycho-sociaux et réponses ministérielles	10
1.3 Stabilisation de la question de départ	14
2 L'éclairage conceptuel au service de la recherche	15
2.1 La qualité des soins comme recherche de la performance	15
2.1.1 La pertinence	16
2.1.2 L'efficacité	17
2.1.3 L'efficience.....	18
2.2 La qualité de vie au travail	19
2.2.1 Le travail : entre prescription et réalité	19
2.2.2 La qualité de vie : le bien-être est une donnée subjective.....	22
2.2.3 La QVT, de la singularité du bien-être vers le bien-être collectif au travail	24
2.3 La recherche du sens au travail par la co-construction	28
2.3.1 Le projet d'unité	28
2.3.2 La co-construction	29
2.3.3 Du management situationnel au management par l'empowerment.....	30
3 Vers une synthèse pour poser problématique et hypothèses	33
3.1 Construction de la problématique.....	33
3.2 Élaboration de l'hypothèse	34
4 L'enquête	35
4.1 Les objectifs	35
4.2 Le terrain	35
4.3 La population	35
4.4 Les outils	36
5 Résultats de l'enquête	38
5.1 Présentation des résultats	38
5.1.1 Résultats des questionnaires infirmiers.....	38
5.1.2 Résultats des entretiens menés avec les cadres de santé	47

5.2	Analyse des résultats	52
5.2.1	Les IDE : définition de la QVT, besoins et attentes	52
5.2.2	Les cadres : des leviers pour favoriser le sentiment de QVT chez les IDE.....	54
5.2.3	La co-construction des projets : le management de l'autonomie	58
5.3	Synthèse de l'analyse	61
6	Discussion	62
	Conclusion	66
	Bibliographie	67
	Table des annexes	

Liste des abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CDS : Cadre de Santé

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

CMP : Centre Médico-Psychologique

DEI : Diplôme d'Etat Infirmier

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

HDN : Hôpital de Nuit

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

IDE : Infirmier Diplômé d'État

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QS : Qualité des soins

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

Introduction

Notre système de santé évolue pour répondre à de nouveaux besoins. L'Hôpital est en mutation : références prescrites des autorités de tutelles, modification profonde de la gouvernance et enjeux complexes (économiques, juridiques et stratégiques).

La relation avec le patient en souffrance peut induire de la souffrance chez le soignant, a fortiori dans le champ de la psychiatrie qui est mon domaine d'activité. Au niveau national, un grand malaise gronde depuis plusieurs années chez les soignants en général. La médiatisation de plusieurs suicides d'infirmiers (toutes spécialités confondues) au courant de l'été dernier a révélé l'ampleur que peut prendre le mal-être des soignants à l'Hôpital.

Comment le cadre de santé peut-il faire pour prendre soin des soignants afin qu'ils puissent continuer à soigner ? La justification de cette thématique de mémoire s'inscrit dans un questionnement relatif à ma future fonction de cadre de santé. L'école des cadres est pour moi l'occasion de mener une recherche sur une double injonction : comment arriver à garantir à la fois la qualité des soins pour les patients (mais si je regarde la tâche n'en n'oublierai-je pas le soignant dans son individualité ?) et à garantir les conditions favorables de travail pour l'équipe ? (Cette fois la préoccupation de l'individu ne m'éloignerait-elle pas du contrôle de l'activité ?). Professionnelle dans le champ de la santé et plus particulièrement dans la spécialité de psychiatrie adulte, infirmière depuis douze ans et après un an et demi de poste de faisant fonction cadre, la préoccupation de la qualité des soins est essentielle pour moi au même titre que celle du bien-être des soignants. Mon travail prend naissance dans la recherche d'un moyen de concilier les deux.

Pour effectuer ce travail, je m'appuie sur les travaux de QUIVY et VAN CAMPENHOUDT¹ afin de m'engager dans une véritable démarche de recherche. Elle se déroule en trois actes : « la rupture » (c'est-à-dire me détacher de mes a priori), « la construction » (entendre que je vais établir des propositions pour expliquer le phénomène et construire un plan de recherche) et « l'expérimentation » (qui me permettra de me confronter à la réalité en mettant à l'épreuve mes hypothèses). Le cheminement est composé de sept étapes indispensables et interdépendantes, à savoir : la question de départ, l'exploration, la problématique, la construction du modèle d'analyse, l'observation, l'analyse des informations et enfin les conclusions.

D'abord, je vous propose de suivre le cheminement de mon questionnement du constat à la phase exploratoire. Ensuite l'éclairage conceptuel (la qualité de soins, la qualité de vie au travail et la recherche du sens par la co-construction) me permettra de vous proposer une problématique puis une hypothèse que j'irai ensuite confronter à la réalité du terrain. Enfin, après vous avoir présenté les résultats de l'enquête, je vous en proposerai une analyse qui m'offrira la possibilité d'ouvrir une discussion.

« En matière d'encadrement il n'y a pas de droit chemin »²

¹ Luc Van CAMPENHOUDT (sociologue belge, Directeur du centres d'études sociologiques de la faculté universitaire Saint-Louis, Bruxelles), Raymond QUIVY (1938-2007, il était docteur en sciences politiques et sociales de l'Université catholique de Louvain, Belgique), Manuel de recherche en sciences sociales, Collection : Psycho sup, Edition Dunod, 4ème édition, Paris, 29 juin 2011, 288 pages.

² MISPELBLOM BEYER F. Encadrer un métier impossible ? 2ème édition. Paris : Armand Colin, 2010, p.282

1 Du constat à la phase exploratoire : cheminement d'un questionnement

Je vous propose de suivre ma réflexion. Elle s'ancre dans mon parcours d'étudiante cadre de santé bien entendu, cependant elle mûrit au fond de moi depuis plusieurs années. Mon projet est porté par un attachement aux soignants, d'abord en tant qu'individus puis en tant que force collective. J'ai la conviction que le bien-être de chacun sert la qualité de la prise en charge du patient et que la satisfaction du travail « bien fait » ressentie par le professionnel favorise son bien-être, et ainsi de suite. Le milieu de la psychiatrie a toujours eu mon intérêt, c'est un milieu en perte de repères mais plein de ressources. Si je fais ce mémoire avant tout c'est pour eux, les soignants de psychiatrie, pour les aider à se sentir bien, pour qu'ils continuent à soigner. Je veux prendre soin de l'équipe qui prend soin du patient. Comment faire ? Quel sens donner à ma réflexion ? Je dois tout d'abord la poser, puis objectiver le départ de mon questionnement.

1.1 Constat et question de départ

Mon parcours professionnel, 11 ans auprès de la personne souffrant de troubles psychiatriques aigus, d'abord en tant qu'infirmière puis en tant que faisant fonction cadre de santé, m'a permis de développer des compétences dans un environnement contraint. J'ai mené ma carrière au sein d'un centre hospitalier général public, dans une unité de psychiatrie adulte temps plein (secteur fermé), où je me suis épanouie tant professionnellement que personnellement. Cependant si tous les jours, ma passion pour mon exercice s'exprime, ce n'est plus le cas pour certains professionnels qui m'entourent de près ou de loin.

A ma prise de poste de faisant fonction cadre de santé en novembre 2014, j'ai noté un important turnover des professionnels, essentiellement les cinq dernières années, toutes catégories confondues : médecins psychiatres, cadres, psychologues, ergothérapeutes et infirmiers. J'étais responsable d'une équipe jeune avec un grand potentiel : service choisi, volonté de progresser et d'acquérir de nouvelles compétences pour bien remplir sa mission.

Cependant, très vite je sens cette équipe en souffrance : perte de repères, peu de sens donné aux actions. Les soignants sont en manque de reconnaissance, ils souhaitent être écoutés et entendus. Ils se sentent sous pression, entre contraintes économiques (temps et DMS³, codage informatique) et qualité des prises en charge. Ils ne sont pas satisfaits de leur travail « *on ne travaille pas bien, on fait au mieux, le moins mal possible* ». Je note également de grandes inquiétudes exprimées : avenir de l'hôpital et le retour à l'équilibre, création des GHT⁴ et incertitudes, évolution de leur métier (sentiment de passer plus de temps pour les tâches administratives qu'au lit du patient), sentiment d'augmentation de la charge de travail de manière continue, demandes croissantes des patients, évolution des lois et conflit entre droits et sécurité pour les patients en soins sans consentement.

J'ai mûri avec l'idée que l'on travaille aussi avec ce que l'on est, que l'on est plus efficace quand on se sent bien, que l'on s'implique davantage lorsqu'on comprend le sens et les objectifs des actions prescrites, demandées ou encore attendues. En psychiatrie, on travaille aussi sur notre ressenti, ce que le patient nous renvoie. C'est ainsi que je me suis construite une identité professionnelle. Mais finalement est-ce vrai ? Ma vision empirique a besoin d'être éclairée par des concepts. En attendant, je cherche à formaliser ma question de départ. Cette question doit me permettre d'exprimer le plus exactement possible ce que je cherche à savoir, à élucider, à mieux comprendre. Je la formule ainsi :

Comment faire pour que l'équipe se sente bien ? Je me questionne sur le rôle, la place du cadre de santé, dans le bien-être de l'équipe pour le bien faire.

³ Durée Moyenne de Séjour

⁴ Groupement hospitalier de Territoire

J'envisage de développer un management par la qualité, au service de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de la qualité de vie au travail pour les professionnels : un management présent, accessible et attentif. A mon sens, le management du bien-être donne confiance, fait évoluer et aide les soignants à progresser pour améliorer leurs pratiques. Qu'en est-il vraiment ? Pour pouvoir développer mon questionnement, je dois m'assurer que le thème a un sens, que mes questions s'ancrent dans une préoccupation actuelle.

1.2 Phase exploratoire : définir le contexte pour problématiser la réflexion

L'étape d'exploration a pour but de vérifier que la question de départ est toujours adaptée au sens de ma recherche. Cette phase exploratoire est le fruit de lectures et d'entretiens exploratoires auprès de cadres de santé et de professionnels paramédicaux. Je cherche à confronter mon expérience personnelle à un contexte plus général.

1.2.1 Hôpital en mutation et mal être soignant : deux défis managériaux

De grandes questions nationales font débat : le coût de la santé en France et les déficits récurrents de l'Assurance Maladie. Des choix sont nécessaires. C'est dans un contexte économique complexe que s'inscrit l'évolution de notre système de santé et plus particulièrement le redéploiement des ressources. La création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), sous l'impulsion des Agences Régionales de Santé (ARS), permet d'opérationnaliser les parcours de soins et d'appréhender le virage ambulatoire (répondant aux enjeux majeurs du vieillissement de la population et explosion des maladies chroniques) en imposant aux professionnels de santé de travailler ensemble.

L'hôpital est en mutation. Le retour à l'équilibre est une priorité. Bien qu'il ne soit pas demandé la rentabilité, la logique d'entreprise s'impose, avec notamment la lutte contre le gaspillage et la bonne répartition des ressources pour le meilleur résultat possible : amélioration de l'état de santé du patient et qualité de la prise en charge. Le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette recherche de performance économique ou plutôt d'efficacité (production d'un service de qualité à moindre coût) génère chez les soignants un mal être ; choc des cultures soignante et financière. Ce mal être des professionnels devient de plus en plus visible⁵. Les autorités pointent la nécessité d'agir et les politiques s'orientent sur la prévention des Risques Psychosociaux (RPS) et la recherche de la Qualité de Vie au Travail (QVT), promotion de la santé pour les salariés. En janvier 2016 la Haute Autorité de Santé (HAS) publie une revue de littérature « *Qualité de vie au travail et qualité des soins* »⁶ et propose en partenariat avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) un guide « *comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?* »⁷. Lors de la certification (version 2014 dite V14), la QVT est évaluée⁸.

⁵ FAVEREAU et CAILHOL, « *Infirmiers : dans les couloirs du désespoir* », Journal Libération, 13 septembre 2016, [Consulté de 14 septembre 2016] Disponible sur :

<http://www.liberation.fr/2016/09/13/infirmiers-dans-les-couloirs-du-desespoir-1496029>

⁶ HAS, « Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins », Janvier 2016 [Consulté de 8 novembre 2016] Disponible sur :

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

⁷ Anact/HAS, « *10 questions sur la qualité de vie au travail – Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?* » [Consulté de 8 novembre 2016] Disponible sur :

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

⁸ HAS, « *Manuel de certification des établissements de santé V2010* », 2014

[Consulté de 10 novembre 2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

Des mesures sont annoncées par le Ministère de la Santé dès septembre 2016 pour la prévention des RPS suite aux suicides d'infirmiers l'été dernier (Toulouse, Le Havre, Saint-Calais et Reims). Deux d'entre eux ont relié leur geste dans leur lettre posthume aux conditions de travail. L'infirmier du CHU de Toulouse s'est suicidé sur son lieu de travail et cela a été reconnu comme un accident de travail. Grande mobilisation de la filière infirmière dans la rue le 8 novembre 2016, les professionnels déplorent les conditions de travail (revendication déjà exprimée lors de la grève du 14 septembre).

La Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE présente le 5 décembre 2016 sa stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé⁹. Au pilotage de cette stratégie, une mission nationale et un observatoire de la QVT et des RPS sont annoncés pour 2017. Elle souhaite « faire de la QVT une exigence à part entière », à l'égal « de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé » en généralisant les bonnes pratiques. Le volet QVT est obligatoire dans le projet de chaque établissement. Le cadre de santé est garant de conditions de travail favorables pour les soignants par l'organisation, la planification et la répartition des tâches dans le service.

Le contexte actuel nous rappelle bien que si le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins, il est aussi garant des conditions de travail dans lesquelles se déroule les soins. Qui prendra soin des patients si les soignants n'y arrivent plus ? Le cadre de santé pilote l'activité du service et gère les professionnels qui la mettent en œuvre, entre conduite de projet et proximité.

Les sciences humaines interrogent les effets sur le travail des multiples réformes : régionalisation, reconfiguration des établissements de santé, droit des malades¹⁰ ou encore nouvelle gouvernance. Les réformes dont le but est d'améliorer la qualité des soins en France s'accompagnent de grands changements qui comportent leurs propres risques.

Le lien avec l'actualité étant fait, je vais me centrer maintenant sur le milieu qui a toute mon attention : la psychiatrie.

1.2.2 La psychiatrie, un milieu en perte de repères mais plein de ressources

La psychiatrie : un enjeu de Santé Publique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou à un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires¹¹. Toujours selon l'OMS¹² cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle concernent la psychiatrie : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Par conséquent, être en mesure d'élaborer des prises en charge adaptées et personnalisées tout au long du parcours de soin devient un enjeu majeur pour notre société.

⁹ Marisol TOURAINE lance une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé – « Prendre soin de ceux qui nous soignent » le 5 décembre, Actualités, Communiqués, Politiques santé. [consulté le 6 décembre 2016] Disponible sur :

<http://www.marisoltouraine.fr/2016/12/marisol-touraine-lance-une-strategie-nationale-damelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-de-lensemble-des-professionnels-de-sante-prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent/>

¹⁰ Par exemple la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, transforme en profondeur la relation soignant/soigné en créant le droit des patients.

¹¹ The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organisation, (2001) et OMS Europe 2006

¹² Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2010-2015

La Psychiatrie et la succession des réformes

Dans notre pays, la psychiatrie est en pleine mutation. La place dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques a beaucoup évolué. La loi du 27 juin 1990, réformant la loi de 1838, vise à mieux protéger les droits et la liberté des malades, et pose des principes fondamentaux de prévention, de prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation libre comme règle. Le nouveau code pénal de 1992 remplace l'article 64 par l'article 122.1, avec la notion d'abolition ou d'altération du discernement (jugement et contrôle des actes).

La loi du 5 juillet 2011¹³ remplace la loi de 1990¹⁴. Parmi les évolutions les plus importantes, on note la notion de soins sans consentement (remplaçant celle d'hospitalisation sous contrainte) et le contrôle de la justice devient systématique. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) rencontre le patient avant le 15ème jour d'hospitalisation complète en soins sans consentement, et peut décider d'y mettre fin de sa propre autorité. La loi du 27 septembre 2013¹⁵, révisant celle de 2011, les droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement sont consolidés. La présence de l'avocat à l'audience est obligatoire et l'avis médical permettant au patient de ne pas être présent doit être motivé.

Les réformes se succèdent et s'accroissent depuis les années 2000. Les réformes du système de santé ont établi de nouvelles responsabilités et exigences de qualité. A fortiori dans le champ de la Psychiatrie. Les études montrent que les soignants ressentent ces réformes comme une lourdeur réglementaire qui empêcherait un travail de « qualité ». Ces transformations ne font pas toujours sens pour les professionnels de terrain. Les organisations du travail sont modifiées. C'est là que le cadre de santé a son rôle à jouer : réduire les incertitudes source de stress et donner du sens à ces réformes sur le terrain.

Des soignants tiraillés entre respect des droits des patients et soins sans consentement

La nécessité de recourir à une hospitalisation correspond à une rupture dans la vie d'une personne et de sa famille, rupture d'un équilibre dans son fonctionnement et dans son bien-être. C'est une période de crise où les symptômes sont très présents. L'urgence est à l'instauration de traitements dont les effets secondaires peuvent s'avérer importants, et à la mise en place d'un cadre de soins parfois restrictif.

La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale inscrite dans la constitution. Dans le cas d'un patient hospitalisé dans le cadre de soins sans consentement, les soignants sont amenés à la limiter temporairement. Le consentement aux soins est recherché mais s'avère compliqué à obtenir (au moins dans un premier temps). Le refus de soins est entendu mais limité également. Malgré la conformité de l'hospitalisation au regard du droit, il est parfois difficile pour les soignants de ne pas se sentir tantôt « hors la loi » tantôt « impuissant ».

Lorsqu'un infirmier accompagne un patient en soins sans consentement pour l'audience du JLD, il a parfois du mal à comprendre que le juge vienne vérifier la conformité de la procédure d'hospitalisation et non son travail. Une fois de plus, le sens donné par le cadre permet de discuter et de s'approprier les « nouvelles normes » avec lesquelles les soignants doivent composer tous les jours.

¹³ LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Consulté le 12 janvier 2017]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

¹⁴ LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, [Consulté le 12 janvier 2017]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id>

¹⁵ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, [Consulté le 12 janvier 2017]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629>

La ressource documentaire : Le programme Psychiatrie et Santé Mentale (HAS)

« *Soucieuse de contribuer à l'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes présentant des troubles mentaux, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place un programme de travail pour répondre aux besoins des professionnels et des patients afin d'améliorer concrètement la qualité des prises en charge* ». Le programme « *psychiatrie et santé mentale* » de la HAS¹⁶ s'articule autour de 3 thèmes : la prise en charge de la dépression, le parcours des personnes en situation de handicap psychique, les droits et la sécurité en psychiatrie. Vite accessibles sur le site internet de l'HAS, les données et recommandations permettent d'offrir sens et visibilité pour clarifier les objectifs de la spécialité :

Thème 1 : Prise en charge des troubles dépressifs

- *Volet 1 : Améliorer la prise en charge des troubles dépressifs*

Un lien « *Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Recommandation de bonne pratique* » est en cours de création sera bientôt disponible (diffusion prévue au cours du troisième trimestre 2017).

- *Volet 2 : Renforcer la coordination des soins : médecin généraliste et psychiatrie dans la prise en charge des épisodes dépressifs*

De la même façon, le lien « *La coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux* » pourra être consulté (diffusion prévue au cours du troisième trimestre 2017).

Thème 2 : Parcours des personnes en situation de handicap psychique

- *Mieux évaluer les situations de handicap d'origine psychique*

Le lien « *Articuler prévention, soins et accompagnement pour améliorer les parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique* » est déjà disponible.

Thème 3 : Droits et sécurité en psychiatrie

- *Volet 1 : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence, améliorer la gestion des mesures de restriction de liberté*

Le lien « *Isolement et contention en psychiatrie générale* » diffusé, présente depuis quelques mois des documents qui retiennent toute mon attention :

- Contention mécanique en psychiatrie générale - Fiche de synthèse
- Isolement en psychiatrie générale - Fiche de synthèse
- Isolement et contention en psychiatrie générale - Recommandations
- Isolement et contention en psychiatrie générale – Argumentaire
- Fiche de surveillance isolement
- Fiche de surveillance contention et isolement

- *Volet 2 : Améliorer la prise en charge des patients en soins sans consentement*

Le lien « *Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement* » est une aide précieuse pour les psychiatres.

Le programme psychiatrie et santé mentale est un soutien documentaire. Il permet de donner du sens et d'orienter vers les bonnes pratiques. Il permet au cadre de santé de guider son équipe.

La culture de l'analyse de pratiques

La spécialité invite les soignants à questionner régulièrement leurs pratiques : recherche d'informations, échanges pluri professionnels, réunions de synthèse patient, analyse de pratiques professionnelles, groupes de travail... Les soignants ont la « culture de la parole ». La spécialité se prête à la rencontre de différents professionnels, les échanges sont fréquents. La recherche de sens est essentielle dans la compréhension de l'histoire de vie ou de l'état clinique d'un patient. Durant ma phase exploratoire, les infirmiers que j'ai rencontrés m'ont tous souligné le rôle essentiel de la « *remise en question de leur pratiques* » qui les fait selon eux, progresser. Aujourd'hui, ils regrettent d'échanger uniquement pour trouver la solution « *la moins mauvaise* » car pour eux il n'est plus possible d'en

¹⁶HAS, Programme psychiatrie et santé mentale, [Consulté le 10 janvier 2017] Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

trouver une « *suffisamment bonne* ». Bonne pour qui ? L'Etablissement ? L'institution ? (Je précise ici le lien entre les soignants et le bénéficiaire) L'équipe soignante ? La famille du patient ? Et le patient dans tout cela ? Les cadres que j'ai rencontrés m'ont parlé des difficultés qu'ils avaient à mettre en place le « projet individualisé du patient ». Le projet se formalise. Cependant la formalisation du projet est réalisée par les soignants sans vraiment que le patient y participe. Mais les pratiques changent, un cadre me confie que « *régulièrement, lors des réunions de synthèse, il y a toujours un soignant qui interpelle : ça c'est NOTRE projet mais le patient, quel est SON projet ?* », ce qui nous invite à penser que la conception de la co-construction dans les soins évolue constamment en psychiatrie.

La psychiatrie est-elle un service difficile ? La relation avec le patient en souffrance peut induire de la souffrance chez le soignant. La prise en charge de la personne soignée en souffrance risque de modifier l'équilibre physique et mental des personnels. Je pense qu'il en va de même pour toutes les spécialités même si mon expérience des soins généraux est limitée. Si la souffrance soignante s'explique par le changement des organisations, et partiellement par la difficulté du travail, vient-elle uniquement de là ? Comment se visualise-t-elle ? Quelles sont les réponses nationales face au mal-être ?

1.2.3 Risques psycho-sociaux et réponses ministérielles

Les Risques Psychosociaux

L'article 4121.1 du Code du Travail qui précise les « *obligations de l'employeur en matière de protection de la santé physique comme mentale des travailleurs, avec une obligation de rédiger un document unique d'évaluation des risques à l'hôpital, intégrant de fait les RPS* ».

Il existe une multitude de définitions concernant les RPS. Retenons celle de l'Anact : « *les RPS sont le résultat de tensions excessives ou de tensions non régulées par l'organisation du travail et du système de relations sociales que l'on peut caractériser en quatre grandes familles* » :

- Tensions du côté du changement du travail
- Tensions du côté des valeurs et des exigences des salariés
- Tensions du côté des relations et des comportements
- Tensions du côté des contraintes de travail

Les RPS sont présents dans tous les secteurs d'activité et se situent à plusieurs niveaux. Ils peuvent être liés aux conditions techniques du travail, à des dysfonctionnements dans l'organisation même du travail ou encore à des injonctions parfois contradictoires dans la poursuite d'objectifs entre contraintes et performance. Ainsi des critères d'évaluations peuvent engendrer une pression sur les professionnels en situation de devoir atteindre un ou plusieurs objectifs prescrits, sans en avoir les ressources au moment de les réaliser. Rappelons la place centrale du facteur humain : les perceptions sont individuelles et donc subjectives.

De nombreuses études relient RPS et stress au travail. Retenons la définition du stress de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face* ». Le rôle des perceptions individuelles est majeur. Une étude internationale montre que le fonctionnement du cerveau et les comportements humains permettent de définir les conditions favorables à l'engagement au travail : trouver du sens, motivation, esprit d'équipe constructif, entretenir une relation managériale adaptative. Le stress est le problème perçu comme le plus important par les individus. C'est un symptôme que le cadre doit prendre en compte. Le cadre a donc un rôle à jouer pour soulager le stress des équipes. Pour ce faire il doit bien connaître son équipe. Trois zones d'action sont identifiées : individuelle, managériale et organisationnelle. Notons que les RPS ne se limitent pas au stress et qu'ils intègrent également le harcèlement moral et le harcèlement sexuel (caractérisé de délit selon le code pénal).

Les transformations dans l'organisation hospitalière impactent les conditions d'exercice. Le travail de Gilles HERREROS¹⁷ montre le lien entre conditions de travail pénibles et les situations de tensions. La surcharge de travail induite (renforcement des logiques médico-économiques, administratives et procédurales) génère chez les professionnels une perte de repères favorable à l'émergence d'un climat de tensions relationnelles entre professionnels. La relation cadre de proximité/équipe est impactée par l'évolution de la société qui influence le rapport au travail pour les professionnels (nouvelles attentes managériales, qualité de vie entre temps de travail et temps personnel). L'augmentation de l'activité dans les services peut conduire à une situation d'épuisement professionnel. Cette situation touche particulièrement les soignants les plus impliqués. « *Il est devenu essentiel [...] que le rôle de l'encadrement puisse apporter le soutien nécessaire auprès des soignants pour assurer une juste régulation des conditions d'exercices sur leur lieu de travail, en tenant compte des ressources pour y parvenir* »¹⁸.

Le cadre de santé, pour pouvoir prévenir les risques des RPS, doit les identifier. Une étude de l'Anact les décrit : fatigue, épuisement, troubles du sommeil, dépression, troubles musculo-squelettiques. Le cadre peut alors identifier les leviers d'actions possibles au regard des ressources disponibles.

Selon Yves CLOT dans les « Actes du séminaire Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » pour la Haute autorité de santé en France (HAS), « *Si on parle autant de la qualité de vie au travail des soignants, c'est probablement parce qu'il y a un problème.* »¹⁹. Le « problème » ne touche pas que la France. L'étude PRESST-NEXT²⁰, recherche de grande ampleur, financée en partie par l'Union Européenne, portait sur plus de 4 000 sujets de 55 établissements, appartenant à 10 pays, fait le constat d'un degré élevé de pénibilité physique et morale du travail soignant en raison de la pénurie des effectifs résultant essentiellement du vieillissement de la population infirmière et des départs nombreux de la profession²¹. Les infirmières font principalement mention des problèmes suivants : troubles musculosquelettiques (56,2%), varices (31,3%), santé mentale (25%), troubles digestifs (21,3%), problèmes de gestion des responsabilités familiales (50%), manque de temps pour soigner (40,5%), changements imprévisibles de planning (34,3%), harcèlement moral (37,7%).

C'est à travers son rôle de régulateur que le cadre de santé s'inscrit quotidiennement dans la prévention des RPS. Il soutient individuellement et collectivement les personnels en créant des lieux d'échanges : l'expression des soignants est centrale dans la prévention de la souffrance au travail. Il régule les tensions interprofessionnelles et interpersonnelles y compris au travers de son rôle de relais de l'institution. Il doit s'efforcer d'adapter les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs personnels et collectifs de ses agents au regard des contraintes organisationnelles. Il implique les personnels dans les projets en valorisant les compétences, condition favorable à l'émergence de l'engagement chez les professionnels. Il tempère l'hyper investissement émotionnel qui pourrait être propice à une situation d'épuisement.

Il apparaît évident que si la proximité du cadre avec son équipe en fait un acteur essentiel dans la prévention des RPS par sa connaissance du terrain, il ne peut pas agir seul. Les actions doivent être menées en collaboration avec les décideurs. Différentes études liées à la souffrance au travail montrent l'importance de l'encadrement intermédiaire et de proximité, décrivant le cadre comme « *le système d'articulation relationnel le plus puissant* ». Toutefois précisons bien l'importance de

¹⁷ Gilles HERREROS, professeur de sociologie, Université Lyon 2

¹⁸ STANISLAS Jean-Luc, « Risques psychosociaux : le rôle du cadre », Objectif SOINS & MANAGEMENT, n°210, novembre 2012, pages 20 à 29, page 21.

¹⁹ Yves CLOT (2010). Actes du séminaire qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » Haute autorité de santé en France (HAS), p.8-9.

²⁰ PRESST : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail et NEXT : Nurses Early Exit Study

²¹ Madeleine Estryn-Behar et coll. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier soignant.

l'existence ou non de la marge de manœuvre du cadre, ses actions ne seront efficaces que s'il est associé étroitement aux orientations et aux décisions de la direction générale.

La lutte contre les RPS conduit progressivement à une réflexion sur l'approche unique par les risques. « Aller bien » ce n'est pas seulement « ne pas aller mal ». En 2010, le Rapport LACHMANN LAROSE PENICAUD pour le « le bien-être et l'efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » affirme que les enjeux des conditions de travail dépassent le champ de la prévention et du travail envisagé uniquement comme un ensemble de risques : l'amélioration de la santé psychologique au travail ne se doit pas se limiter à la gestion du stress professionnel. Le vrai enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'hôpital. Cette conception par les seuls risques n'intègre pas les dimensions positives des conditions de travail : création de valeurs et facteurs de développement des individus.

Le Cadre contribue à identifier les déterminants de la santé au travail (évaluer l'autonomie de l'individu, mettre à disposition les ressources nécessaires, favoriser les espaces de discussion, optimiser l'organisation du travail). C'est par un management « présent » que le cadre peut accompagner et connaître son équipe.

Toutefois la prévention des RPS peut être identifiée comme un levier d'efficacité individuelle et collective. Le rapport GOLLAC ET BODIER (21 avril 2011) propose une réflexion autour de trois thèmes concernant le travail : les conditions, le climat et les relations. Il pose les six dimensions du risque psychosocial qui pourraient être autant de leviers managériaux pour le cadre :

- Exigences et intensité du travail
- Exigences émotionnelles
- Manques d'autonomie et de marge de manœuvre
- Mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail
- Conflits de valeurs
- Insécurité de la situation de travail

Existe-t-il un lien entre la prévention des RPS et la qualité des soins ? Que nous recommande la Haute Autorité de Santé ?

Certification et introduction du critère « promotion de la qualité de vie au travail »

La certification des établissements de santé est au cœur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins²². L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français. « *C'est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel²³. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé* ». La visite de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter « *une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé* ».

L'introduction d'un critère²⁴ « *promotion de la qualité de vie au travail* » dans le manuel de certification V2010 montre le lien étroit entre qualité des soins et qualité de vie au travail. Des études internationales montrent des liens entre d'une part, les dimensions managériales et organisationnelles

²² Mieux connaître la certification des établissements de santé
[Consulté de 5 novembre 2016]

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

²³ Manuel de certification des établissements de santé V2010, Haute Autorité de santé, 2014 [Consulté de 10 novembre 2016] Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

²⁴ Qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de santé, une condition pour la qualité des soins, Mis en ligne le 26 mai 2016, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2634177/fr/qualite-de-vie-au-travail-qvt-dans-les-etablissements-de-sante

et les conditions de travail, et d'autre part la qualité des soins. L'HAS travaille sur la notion de qualité de vie au travail dans la certification. L'objectif est de « *renforcer la qualité de vie au travail pour les professionnels afin d'améliorer la qualité des soins* ».

Depuis 2010 des travaux sont menés par l'HAS en partenariat avec l'Anact (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) en mobilisant les différents acteurs concernés pour :

- Produire des connaissances et un socle commun de représentation sur les enjeux et le contenu de la qualité de vie au travail
- Favoriser une approche qui permette de concilier des modalités d'amélioration des conditions de travail des professionnels et la performance des établissements de santé

La certification des établissements de santé a été utilisée comme levier dès la version V2010, en intégrant la thématique « *qualité de vie au travail* ». Il s'agit principalement de s'assurer que les établissements ont identifié et impulsé une dynamique de QVT, c'est-à-dire mis en place des initiatives visant à concilier le bien être des professionnels et la qualité des soins. La démarche se veut souple, non normative et incitative.

En ce qui concerne la certification V2014, les enjeux²⁵ sont :

- **Un management de la qualité et des risques, installé dans la réalité quotidienne des équipes de soins. Il doit donner du sens en termes de qualité de la prise en charge des personnes soignées et de qualité des conditions d'exercice**
- Une démarche qualité véritablement continue grâce à la définition de priorités correspondant aux vrais enjeux de l'établissement. Les actions et les résultats seront retracés dans le compte qualité de l'établissement, « pierre angulaire » du processus de certification
- Un pilotage des actions qualité ayant une plus grande valeur ajoutée grâce aux nouvelles méthodes de visite et à un niveau de formation et d'entraînement renforcé des experts-visiteurs
- Un rapport - plus court - identifiant ce qui marche, est remarquable ou doit être amélioré.

L'HAS nous interroge sur le management, décrit le phénomène et tente de proposer des axes permettant de concilier amélioration des conditions de travail pour les professionnels et performance économique des établissements de santé. Retenons que c'est un management de terrain qui donne du sens qui est recommandé. Le constat de mal être chez les soignants envahit les médias. Quelles sont les réponses du Ministère de la Santé ?

Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent »

Marisol TOURAINE²⁶, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 5 décembre 2016 sa stratégie nationale pour l'amélioration de la QVT des professionnels de santé. Elle souhaite « *faire de la QVT une exigence à part entière* », à l'égal « *de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé* » en généralisant les bonnes pratiques. Au pilotage de cette stratégie, un médiateur national (Edouard COUTY) et une chargée de mission (Magali EYMERY) viennent d'être nommés. Un observatoire national est annoncé dans l'année.

Intitulée « *Prendre soin de ceux qui soignent* », cette stratégie commence ainsi : « *Développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de développement professionnel offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Développer la qualité de vie au travail, c'est donc améliorer le quotidien des personnes, c'est leur redonner la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients.* ». « *La prise en compte de la qualité de vie au travail s'exerce sur de nombreux leviers, partant des conditions de travail, de l'environnement, de la sécurité, de la santé, de la formation et de l'évolution professionnelle.* »²⁷

²⁵ HAS, La V2014, les enjeux

[Consulté le 05 novembre 2016]

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014

²⁶ Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé depuis le 16 mai 2012.

²⁷ Stratégie nationale Prendre soin de ceux qui soignent

L'enjeu prioritaire de cette stratégie est de permettre aux professionnels de santé de « *travailler en sécurité et dans des conditions qui préviennent la souffrance au travail* ». Cette stratégie nationale présente 4 objectifs :

- Une impulsion nationale portée par tous les acteurs
- L'amélioration de l'environnement et des conditions de travail
- L'amélioration de la sécurité des professionnels
- La prévention et la prise en charge de la souffrance au travail

Cette stratégie place la QVT au même niveau que la qualité des soins et fait le lien entre les deux, actant que la QVT améliore la qualité des soins. Il est intéressant de noter qu'elle est axée prévention et sécurité plus que qualité. Peut-être est-ce une étape nécessaire ? Elle témoigne de l'ampleur du phénomène de mal être et y apporte écoute et projets d'action. L'enjeu est qualifié de « majeur ».

Cette phase exploratoire terminée, je peux maintenant réinterroger ma question de départ.

1.3 Stabilisation de la question de départ

Ma question de départ était comment faire pour que l'équipe se sente bien pour soigner bien ? Quelle est la place du cadre dans le bien-être pour le bien faire ? Je m'interroge de plus en plus sur le lien entre bien-être et bien faire. Intégrant que le bien être est une condition du bien faire, je m'interroge sur les conséquences du bien faire sur le bien-être. La QVT est définie par l'HAS comme un déterminant de la qualité des soins. La qualité des soins a-t-elle un impact sur la QVT ? La psychiatrie me semble un terrain d'enquête tout à fait satisfaisant. Les soignants sont motivés mais ils se sentent écrasés entre le sentiment d'augmentation de la charge de travail et la place de plus importante de la loi dans la spécialité. C'est un sujet qui demande à être approfondi par un éclairage conceptuel. Comment le cadre de santé peut-il garantir à la fois la qualité des soins pour les patients et la qualité de vie au travail pour les professionnels ?

Je vais maintenant me centrer sur les concepts que je vais développer au service de ce travail de recherche.

[Consulté le 25 avril 2017]

Disponible sur :

<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

2 L'éclairage conceptuel au service de la recherche

Pour évaluer la performance d'une organisation, il est nécessaire d'effectuer des mesures à tous les niveaux : financier, économique, social, organisationnel et sociétal. Ainsi il apparaît essentiel pour éclairer le questionnement de se diriger à la fois vers l'activité mais également vers les acteurs de l'activité. L'objectif est de clarifier la notion de « bien faire » puis celle de « bien-être ». Je cherche à en définir le lien. L'un est-il la cause et l'autre la conséquence ? Sont-ils interdépendants ou au contraire sont-ils opposés ? En me plaçant en tant que future cadre de santé je suis attachée à garantir à la fois le « bien faire » et « le bien-être » au sein de l'unité. Je cherche par cet éclairage à m'orienter vers un moyen de rapprocher ces deux concepts.

Walter HESBEEN propose une définition de la « *pratique soignante de qualité* » qui serait celle « *qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés* »²⁸.

Je me concentre sur trois axes. Tout d'abord je m'intéresse à la question du bien faire et donc à la production de soins de qualité. Ensuite je me concentrerai sur la question du bien-être en tentant de clarifier le concept de qualité de vie au travail. Enfin, à la lumière de ces deux grandes notions, je tenterai de montrer en quoi la recherche du sens au travail par la co-construction permettrait de favoriser bien-être et bien faire, en proposant une double entrée à la fois sur le bien-être et le bien faire.

2.1 La qualité des soins comme recherche de la performance

Qu'est-ce qu'un soin ? Le latin « *somniare* » a pu donner songer et soigner. Le « *soin* » prend le sens d'« *action de songer à quelqu'un, attention* ». Le soin est également défini comme l'« *effort, mal qu'on se donne pour aboutir* »²⁹. Il est intéressant de noter que si le soin est une activité (le soin est une tâche, une prestation), il se réalise d'une manière particulière (le soin demande un effort, il est produit de façon individuelle).

Et la qualité ? Du latin « *qualitas* » (« *manière d'être* », « *nature (d'une chose)* », la qualité est définie comme la « *valeur bonne ou mauvaise d'une chose* »³⁰.

La qualité des soins apparaît donc comme un critère à qualifier : bonne qualité ou mauvaise qualité. Il existe de multiples définitions de la qualité des soins.

Avedis DONABEDIAN³¹ propose une définition en 1980. Pour lui, la qualité des soins passerait par des « *soins de haute qualité* » qui sont « *les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins.* » L'American Medical Association précise en 1984 la définition des soins de haute qualité : ils « *contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie* ». L'Institute of Medicine propose une définition de la qualité des soins en 1990. C'est la « *capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités,*

²⁸ HESBEEN W, La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante, Editions Masson France, septembre 2005, 2ème édition, page 55.

²⁹ Définition « soins » [Consulté le 23 novembre 2016] disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/soin>

³⁰ Définition « qualité » [Consulté le 23 novembre 2016] disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/qualité>

³¹ Avedis DONABEDIAN, physicien et chercheur à l'école de santé publique de l'université du Michigan a développé dès 1966 un cadre pour évaluer la qualité des soins.

en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». La notion d'efficacité et la notion de pertinence des soins sont deux notions très fortes dans ces définitions.

En 1982, L'OMS définit la qualité des soins comme une démarche à évaluer. Elle « doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». A la notion de pertinence et d'efficacité s'ajoute celle de l'efficacité des soins.

Je reviens à l'idée de la performance. La performance se mesure avec des critères (ou indicateurs) qualitatifs ou quantitatifs de résultats. Si la qualité des soins est une performance, comment la mesure-t-on ? A la lumière de ces définitions, je propose de travailler sur trois notions : la pertinence, l'efficacité, et l'efficacité.

2.1.1 La pertinence

La pertinence est définie comme la « *qualité de ce qui est adapté exactement à l'objet dont il s'agit* »³². On retrouve ici l'importance du soin individualisé adapté à la personne soignée. La pertinence est aussi la « *qualité de celui ou de ce qui fait preuve de bon sens, d'à-propos, de justesse* »³³. La notion se complique. Un soin pertinent serait un soin adapté à la personne, donc qui tient compte de ses besoins. Mais c'est également un soin qui fait preuve de bon sens donc qui tient compte de l'acteur du soin.

Qui donne le sens ? Rappelons ici l'idée du soin au regard de l'état des connaissances scientifiques. Le soignant, grâce à sa formation, son expérience et ses compétences donne du sens à son soin. Je m'interroge aussi sur la place du cadre dans la recherche du sens commun. Et pourquoi ne pas se poser la question du projet de service. Je garde ces interrogations et poursuit mon développement.

Les travaux de ROTTER et KAHOAH³⁴ identifient 4 niveaux de qualité des soins. Ces niveaux dépendent d'indicateurs qualité. Il m'apparaît important d'appréhender ces niveaux de qualité, qui permettent de définir le degré de qualité de soins dans l'unité.

- « Les soins dangereux » : les soins qui mettent en danger

Ici, les risques ne sont pas identifiés. Ils peuvent entraîner un coût humain et financier. Au-delà, on y retrouve également les soins non adaptés à la personne.

- « Les soins sûrs » : la sécurité des soins

Ils s'appuient sur la prévention systématique des risques par rapport aux savoirs théoriques, données scientifiques, règles de bonnes pratiques et recommandations. Le soin est standardisé pour tous les patients.

- « Les soins de qualité » : les soins personnalisés

Le patient est placé au cœur du soin. Il est reconnu en tant que personne singulière. Les soins sont personnalisés pour chaque patient. L'autonomie et le confort sont recherchés. Ils prennent en compte les ressources et besoins de chaque patient. La démarche de soins s'inscrit dans le projet individualisé du patient, projet concerté et coordonné en équipe.

- « Les soins optimaux » : Le patient acteur des soins

Ces soins sont des soins de qualité auxquels s'ajoute une donnée supplémentaire : le patient est acteur du soin, un acteur à part entière dans sa prise en charge avec l'équipe soignante. Il participe aux décisions qui le concernent, aussi bien à l'hôpital qu'en dehors.

³² Définition « pertinence » [consultée le 6 janvier 2017] sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/pertinence>

³³ Définition « pertinence » [consultée le 6 janvier 2017] sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/pertinence>

³⁴ FORMARIER M. *ARSI*, Les concepts en sciences infirmières, Edition Mallet collection France, page 231

Les différents niveaux de qualité doivent s'inscrire dans une prise de conscience soignante (individuelle et collective) afin que les professionnels dispensent à chaque patient « le juste soin », replaçant le patient au cœur du système.

Les soins doivent être dispensés aux personnes qui en ont besoin. Ils ne doivent pas porter préjudices aux patients. Encore une difficulté supplémentaire pour les soignants de psychiatrie. Comment prendre en compte le besoin ressenti (réel) par le patient et le besoin identifié par le soignant ? Les effets secondaires ou événements indésirables doivent être évités. La prévention des risques a toute mon attention. Pour moi la sécurité demande vigilance et disponibilité.

En psychiatrie la notion d'équipe est fondamentale. C'est lors de réunions pluridisciplinaires que le regard professionnel de chaque soignant, confronté à celui des autres, permet de mieux appréhender une situation patient. La recherche d'un sens commun, c'est-à-dire que tous les soignants aillent dans le même sens, est primordiale. La recherche par le patient de la « faille dans l'équipe » est un comportement lié à la pathologie, pour tester les limites. Il en va de même pour la sécurité. Un soin pertinent est un soin qui est « sûr » pour le patient et le soignant. Une « faille » d'équipe, des discours opposés ou bien encore un soignant isolé peut mettre en danger à la fois le patient et le soignant.

Il est parfois possible de prévenir une crise chez le patient par l'observation de sa clinique et de son comportement. En étant disponibles et à l'écoute, c'est-à-dire en accueillant la souffrance psychique de la personne soignée, les soignants dispensent de soins pertinents. Encore faut-il connaître suffisamment bien la clinique psychiatrique. Il s'agit du principe de développement de compétences tout au long de la vie.

La pertinence du soin, comme vu précédemment est certes à l'hôpital mais également en dehors. L'équipe est aussi en charge de planifier la sortie : retour à domicile, lieu de vie, suivi ambulatoire. Pour ce faire la participation et la collaboration des partenaires du réseau de soins est importante.

2.1.2 L'efficacité

L'efficacité peut être définie ainsi : « qui produit, dans de bonnes conditions et sans autre aide, l'effet attendu »³⁵.

Pour mesurer l'efficacité, on utilise un critère qui exprime un rapport entre le résultat obtenu et l'objectif visé. Qui fixe l'objectif ? En fonction du niveau du projet, la recherche du sens doit être co-construite en équipe. L'objectif principal visé par le psychiatre n'est peut-être pas celui visé par l'aide-soignant. Il faut déjà clarifier les objectifs. Ainsi il est important de s'entendre sur le résultat à obtenir, et plus particulièrement quand la mesure du résultat n'est pas forcément évidente.

En psychiatrie, l'évaluation des besoins est une tâche complexe. Les patients ne peuvent pas toujours faire des demandes explicites ou adaptées. C'est à l'équipe pluridisciplinaire de faire le point sur les besoins des patients, d'évaluer les résultats obtenus afin de les réajuster si nécessaire. L'importance du groupe apparaît une nouvelle fois essentielle dans la notion de qualité des soins.

³⁵ Définition « efficace » [Consulté le 7 janvier 2017] Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/efficace>

2.1.3 L'efficience

Pour mesurer l'efficience, on utilise un critère qui exprime un rapport entre le résultat obtenu et les moyens mis en œuvre. Les ressources disponibles doivent être utilisées de façon optimale et adéquate afin d'obtenir les meilleurs bénéfices et résultats. L'efficience est « *l'efficacité à moindre coût* ».

Un non-sens en psychiatrie ? Si pour les soignants, il semble important de mettre tous les moyens en œuvre afin d'être le plus efficace possible dans leurs prises en charge, le cadre lui doit être attentif à la notion de coût, ne serait-ce qu'en évitant le « gaspillage » (coût, temps soignants...). Mais peut-on mesurer le coût de la disponibilité du personnel auprès de malades souffrant de troubles psychiques ? Pour le moment, la psychiatrie n'est pas impactée par la tarification à l'activité (T2A), elle est encore en « enveloppe globale ».

L'efficience se trouverait-elle dans la capacité de chaque soignant à apporter au patient attention, à réfléchir et à trouver des solutions adaptées en équipe ?

Dominique BOUDIN³⁶ présente les six facteurs clés du succès d'une démarche qualité :

- L'implication de la direction
- L'association étroite de l'encadrement au projet
- L'implication du personnel
- Des améliorations progressives
- La gestion du temps
- La communication

Selon lui, « *l'engagement de tous, la persévérance, la formalisation des procédures et la communication sont nécessaires à une démarche qualité réussie* ». La qualité est un état d'esprit.

La Haute Autorité de santé est incontournable en matière de qualité des soins. Elle donne du sens et propose des actions. Elle fait référence. Comment définit-elle la QVT ?

Selon l'HAS, la qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins. « *Elle a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts* ».

Ainsi la QVT dépendrait de la perception individuelle de chacun au regard de sa capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de son travail. Je propose de me concentrer sur ce concept.

³⁶ Dominique BOUDIN, Expert qualité, Chambre de commerce et d'industrie de Lille, adsp n° 35 juin 2001 « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », les principes généraux de la qualité, page 25. Actualité et dossier en santé publique (adsp) est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Adsp est diffusé par la Documentation française.

2.2 La qualité de vie au travail

Si l'objectif est la qualité des soins et que la QVT en est une condition, c'est naturellement que je me centre à présent sur le concept de qualité de vie au travail. Après plusieurs mois de lecture sur ce thème et des rencontres avec les professionnels, il m'apparaît que « tout le monde en parle » mais que « personne ne sait vraiment ce que c'est ».

Afin de tenter au mieux de cerner ce concept, je vais l'aborder en trois étapes. Tout d'abord je vais m'intéresser au travail puis à la notion de bien-être. Enfin j'essaierai de clarifier le concept de qualité de vie au travail qui est encore à ce stade pour moi un peu flou. Est-ce un objectif à poursuivre ou un concept à évaluer ?³⁷

2.2.1 Le travail : entre prescription et réalité

« Travailler » vient du latin « *tripaliare* » qui signifie « *tourmenter, torturer avec le tripalium* »³⁸. Le terme « *labeur* » quant à lui vient du latin « *labor* » qui signifie « *effort* », « *peine* » ou encore « *fatigue* ». Au sens plus moderne, le travail peut être défini comme une « *activité humaine exigeant un effort soutenu, qui vise à la modification des éléments naturels, à la création et/ou à la production de nouvelles choses, de nouvelles idées* »³⁹.

Définition macroscopique du travail : l'emploi

Retenons tout d'abord une définition macroscopique : le travail est une activité qui consiste à produire un bien ou un service en échange d'une rémunération souvent dans le cadre d'un lien de subordination. Je rapproche le travail et l'emploi. Le problème c'est que cette définition ne nous permet pas de qualifier toutes les activités. Par exemple, les soignants qui se réunissent pour réfléchir ne produisent ni un bien ni un service. Pourtant je pense qu'ils travaillent. Alors il ne semble pas souhaitable de réduire le travail à l'emploi.

Définition contractuelle du travail : la prescription

Prenons une définition contractuelle. Le travail est la réalisation d'une prescription (donnée ou que l'on se donne). Cette définition est plus étendue et permet d'étendre la réflexion à l'ensemble des activités. Le problème posé par cette définition se situe dans l'impossible standardisation de l'activité. Est-ce que deux individus, différents par nature, exécutent le même travail prescrit ? Est-ce que l'individu lui-même effectue toujours le même travail ? Je ne le pense pas. Cette définition ne tient pas compte de l'effort fourni par l'individu pour la réalisation de la prescription.

Définition opérationnelle du travail : un processus de transformation

Enfin, intéressons-nous à une définition plus opérationnelle. Le travail est un processus de transformation d'une réalité. Ici, l'objet de l'intérêt est la manière dont le travail est réalisé. Cette définition permet de gagner en richesse, en profondeur. C'est la définition que je retiens pour la suite de mon travail. Et oui, il faut avouer que cette définition convient parfaitement à la nature même de cette recherche... La recherche est-elle un travail ? Je pense que oui. Ce mémoire est l'occasion pour moi de transformer mes connaissances et de gagner en compétences.

³⁷ J.L TAVANI, G. Lo MONACO, L. HOFFMANN-HERVE, M. BTELLA, J. COLLANGE, La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement n°75 (2014) Formation médicale continue, page 160 à 170.

³⁸ Sous l'Antiquité, le terme latin « *trepalium* » est une déformation de « *tripalium* », un instrument formé de trois pieux, deux verticaux et un placé en transversale, auquel on attachait les animaux pour les ferrer ou les soigner, ou les esclaves pour les punir. Apparu au XI^e siècle, le mot « travail » est un déverbal de « travailler », issu du latin populaire « *tripaliare* ». Au XII^e siècle, le mot désigne aussi un tourment (psychologique) ou une souffrance physique (le travail d'accouchement).

³⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/travail>

Ainsi le travail prescrit représente ce qui doit être fait comme une « recette », une injonction. Ce travail est formalisé. Par exemple c'est un protocole de soins. L'activité réelle représente ce qui est réellement fait (par exemple un travail entre deux tâches prescrites, comme convaincre ou faire preuve de souplesse). Le travail consiste donc à transformer une prescription donnée en une activité construite. Cette définition permet la mise en œuvre des actions.

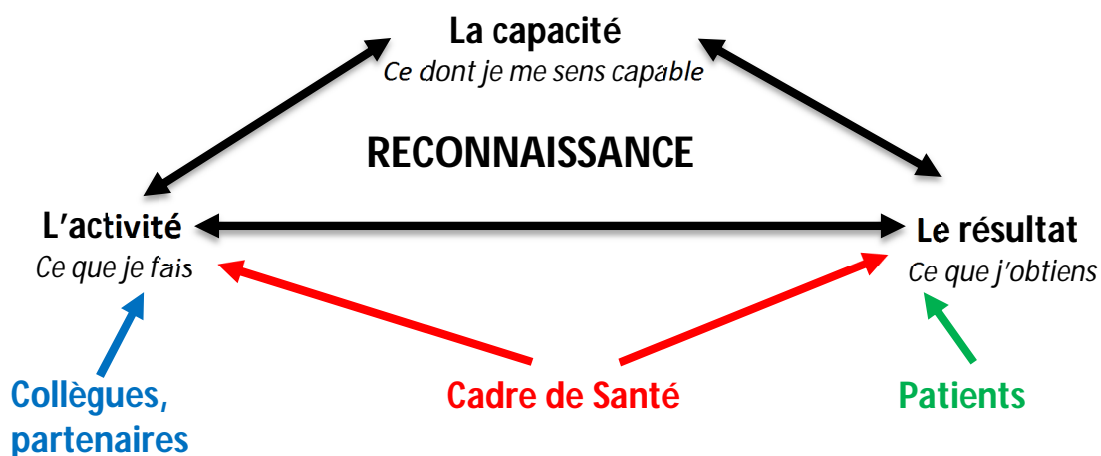


Christophe DEJOURS⁴⁰ définit le réel de la façon suivante : « *Le réel, c'est ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance aux savoir-faire, aux procédures, aux prescriptions ; plus généralement ce qui se révèle sous la forme d'une résistance à la maîtrise technique, voire à la connaissance* ».

Le cadre de santé doit s'adapter à l'individu et connaître le travail (au sens de processus de transformation), « *aucune action visant le maintien ou l'amélioration de son bien-être ne peut se faire sans lui* ». DEJOURS précise que « *la souffrance au travail n'est pas une fatalité* ». Plusieurs de ses publications amènent à considérer qu'il a créé une nouvelle discipline : la « *psychodynamique du travail* ». Ses axes de recherche sont l'écart entre travail prescrit et réel, les mécanismes de défense contre la souffrance, la souffrance éthique (sentiment de perte de sa propre dignité, de trahison de son idéal ou de ses valeurs), la reconnaissance du travail et du travailleur. Christophe DEJOURS inscrit sa réflexion sur le travail en association avec son second domaine de recherche : les affections du corps et leurs liens avec le fonctionnement psychique.

Le travail : entre plaisir et souffrance : Le concept de psychodynamique du travail

Depuis les années 1970, Christophe DEJOURS, construit cette discipline de « psychodynamique du travail ». C'est une analyse des processus psychiques mis en place par une personne face à la réalité du travail. La question posée est de savoir si « *l'effort consenti* » par la personne en situation de travail (travail réel) est suffisamment compensé par « *un mécanisme de reconnaissance* » pour qu'elle éprouve du plaisir à exercer. Si ce n'est pas le cas, c'est-à-dire que la reconnaissance n'est pas suffisante au regard de l'effort consenti, alors la personne éprouve de la souffrance (peur, ennui, stress, pénibilité). Dans ce concept, entre ces deux possibilités extrêmes, il y a un ensemble de stratégies individuelles ou collectives qui se mettent en place (j'y vois un levier d'action pour le cadre) pour rendre le travail « *supportable* ». Ainsi, dans les relations de travail, le processus de reconnaissance est la rencontre du sentiment personnel que l'individu a de ses propres compétences et le jugement qu'il reçoit de la part des autres acteurs de la relation de travail (collègues, hiérarchie, patients). La reconnaissance dans les relations de travail peut être modélisée :



⁴⁰ Christophe DEJOURS est un psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie français, spécialiste en psychodynamique du travail et en psychosomatique

Il apparait clairement que le cadre de santé a une place centrale dans la reconnaissance, ayant une double influence à la fois sur l'activité et sur le résultat.

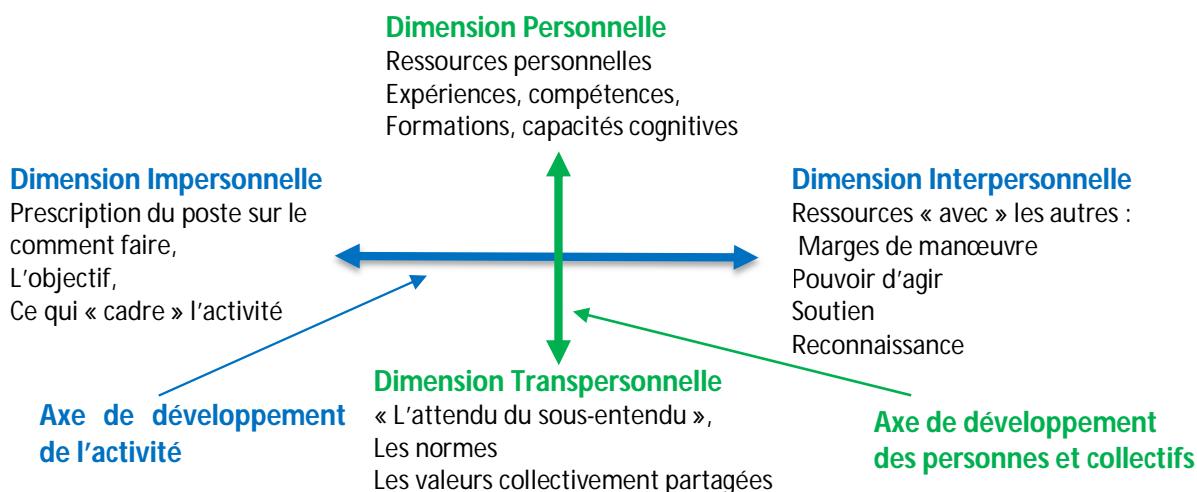
Si pour Christophe DEJOURS⁴¹ la reconnaissance est un vecteur de l'identité, pour d'autres⁴² elle est source de motivation. Pour MORIN⁴³, elle constitue même le sens du travail. Pour BRUN⁴⁴ elle est un pivot de la santé mentale au travail, en constituant un facteur de résistance au stress. Enfin, pour APPLEBAUM et KAMAL⁴⁵, elle influence positivement la productivité et la performance, en contribuant à la satisfaction au travail des employés. Si je me sens plus proche de la pensée de Christophe DEJOURS, mes lectures d'autres auteurs m'ont permis d'arriver à cette conclusion : la reconnaissance est essentielle que ce soit pour l'individu, le groupe et le travail. Ainsi cette notion est fondamentale pour le soignant, l'équipe et le patient. Donner des signes de reconnaissances permet d'agir à la fois sur le bien-être de l'agent et sur la qualité des soins qu'il dispense au patient.

Les ressources psychosociales du métier : Dynamique du métier par la discussion du travail

En s'appuyant sur le « concept du métier » de Yves CLOT⁴⁶, les ressources psychosociales s'articulent autour de deux axes et sont regroupées dans quatre dimensions :

- L'axe du développement de l'activité
C'est le travail prescrit qui se met en action avec une adaptation au « réel ». C'est le processus de transformation et les ressources dont il dispose. Les ressources sont apportées par le cadre ou les collègues (soutien social, reconnaissance du travail, marges de manœuvre ou pouvoir d'agir).
- L'axe du développement des individus et des collectifs de travail Ce sont les ressources individuelles (expériences, compétences, valeurs) qui doivent s'adapter aux ressources « transpersonnelles » du métier : les valeurs et le sens du travail. Cet axe qui permet la construction de l'identité professionnelle, le sentiment d'appartenance et la construction d'un socle commun. C'est la « conscience métier » qui permet la QVT.

Schéma⁴⁷ des ressources psychosociales du métier d'après des travaux d'Yves CLOT :



⁴¹ DEJOURS.C. 2007. Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. La quête de reconnaissance. Paris, La découverte, 303p, pp. 58-70.

⁴² BOURCIER, C., PALOBART, Y., & RIO, E. Y. 1997. La reconnaissance : un outil de motivation pour vos salariés. Paris, Les éditions d'organisation, 195 pages

⁴³ MORIN.E. 1996. Psychologies au travail, 560 pages.

⁴⁴ BRUN, J.P., & DUGAS, N. 2005. La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. Gestion Vol. 30, 2, pp. 79-88.

⁴⁵ APPLEBAUM Steven H, KAMAL Rammie, (2000) "An analysis of the utilization and effectiveness of non-financial incentives in small business", Journal of Management Development, Vol. 19, pp.733-763

⁴⁶ Yves CLOT, Travail et pouvoir d'agir, Paris : PUF, 2008. 296 pages.

⁴⁷ Les ressources psychosociales [Consulté le 5 janvier 2017] Disponible sur <https://www.cdc.retraite.fr>

Le travail comme affirmation de soi

La loi EL KHOMRI acte la place centrale du travail dans l'affirmation de soi. « Si l'activité *professionnelle est susceptible d'exposer à des risques, et donc à dégrader l'état de santé des travailleurs, notamment s'ils présentent une fragilité préalable, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé. Le travail est donc un déterminant de santé* »⁴⁸. Le travail est un lieu de conception de soi, de construction de soi et de son image sociale. On vient chercher du sens au travail. Mais cette affirmation réduit le débat à la vulnérabilité personnelle. Nous sommes tous vulnérables par nature.

Les conditions de travail

Le terme « *conditions de travail* » renvoie à l'environnement dans lequel vivent les travailleurs sur leur lieu de travail. « *Il intègre la notion de pénibilité et de risques encourus dans l'exercice du travail* »⁴⁹. Toutefois, les conditions de travail ne se résument pas à des facteurs externes à l'activité où l'individu y serait exposé passivement. Elles ne se réduisent donc pas au seul environnement physique de travail, mais intègrent également les conditions d'exercice de l'activité. Actuellement on retrouve de plus en plus le termes de « *conditions du travail* »⁵⁰.

Le travail peut donc à la fois être source de souffrance et de plaisir. Je pense que l'identification des RPS est un levier limité pour le cadre, les actions sont limitées à son niveau. Par contre, bien connaître son équipe et la réalité du travail permettrait de dépasser le risque et de s'orienter vers la ressource. La ressource psychosociale de l'équipe apparaît comme un levier managérial puissant.

2.2.2 La qualité de vie : le bien-être est une donnée subjective

La qualité de vie

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

La définition regroupe un ensemble de facteurs individuels. Il est intéressant de noter que l'OMS avait déjà défini en 1946 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* ». Ne pas être malade ou infirme n'est pas une condition nécessaire et suffisante pour être en bonne santé ou avoir une qualité de vie satisfaisante.

Cette définition de la santé constitue un socle commun à beaucoup d'acteurs pour la plupart des textes et accords sur la QVT et la santé au travail. Je trouve ici un lien pour le bien être : pour « aller bien » il ne faut pas « aller mal » (prévention et identification des RPS) mais cela ne suffit pas. C'est uniquement un élément.

⁴⁸ Plan santé au travail 2016-2020, p.31 adopté le 8 décembre 2015 par le Conseil d'Orientation, des Conditions de travail (COCT) sous la présidence de Myriam El Khomri, Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

⁴⁹ GOLLAC M, VOLKOFF S. Les conditions de travail. Paris : La Découverte ; 2007.

⁵⁰ UGHETTO P. Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions du travail et management. Lyon : Editions de l'ANACT ; 2007.

Le bien-être

Selon le dictionnaire Larousse, le bien-être se définit comme étant « *un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit* ». Ce concept est intégré dans beaucoup de textes fondamentaux philosophiques, législatifs (les droits de l'Homme) et déontologiques (médecine). Ce concept intéresse deux niveaux :

- **Le bien-être physique** : la sensation d'une bonne santé physiologique générale, d'une satisfaction des besoins primordiaux du corps.
- **Le bien-être psychologique** : la sensation issue d'une évaluation personnelle et subjective. Elle peut provenir de perceptions ou satisfactions diverses (financières, professionnelles, sentimentales mais aussi de l'absence de troubles mentaux)

Le « bien-être » se rapporte donc à plusieurs grandes dimensions : l'état physique, l'état psychologique, les relations sociales et l'environnement. Il est donc très proche de la définition de la santé de l'OMS ou encore de celle de René DUBOS⁵¹ qui présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être. Il est important de noter que le bien-être défini comme un sentiment, reste lié à un ressenti, c'est donc une évaluation subjective et personnelle. La vision utilitariste de BENTHAM et MILL nous précise que le bien-être peut être vu comme un but personnel : maximiser sa satisfaction et minimiser ses peines. Il peut également être vu comme un but collectif : le bonheur de chacun est un bien pour chacun, le bien-être collectif est alors la somme des niveaux de bien-être des membres de la communauté.

Le bien-être au travail, une composante du bien-être général

De nombreuses recherches se sont intéressées à la compréhension du bien-être psychologique global. Véronique DAGENAI-DESMARAIS⁵² précise en 2010 que « *puisque'il a souvent été présenté comme un trait stable à travers les domaines de vie, le bien-être a plutôt été étudié jusqu'à ce jour comme un construit générique, et non pas comme un construit rattaché à un domaine de vie spécifique tel que le travail* ».

Selon elle, seuls trois modèles tentent de conceptualiser le bien-être psychologique au travail :

- Organisationnel (détresse et de satisfaction au travail)
- Affectif (anxiété-confort/dépression-plaisir/ennui-enthousiasme/fatigue-vigueur)
- Symptomatique (symptômes médicaux physiques et psychologiques au travail)

La notion de « *bien-être psychologique au travail* » peut être une composante de la notion de « *bien-être en général* ». Le bien-être général d'une personne intéresse un ensemble de facteurs : activités de sa vie, la famille, les amis, les activités sportives et le travail. Ce dernier représente donc un facteur d'influence parmi d'autres sur le bien-être général.

Existe-t-il une différence entre les notions de bien-être de la personne au travail et la notion de bien-être du travailleur au travail ? Selon ROBERT⁵³ le bien-être de la personne au travail implique l'hygiène, la sécurité, la santé, l'embellissement des lieux de travail alors que le bien-être du travailleur au travail implique la prise en compte de la spécificité de la tâche. Ainsi le bien-être au travail serait composé de ces deux dimensions.

⁵¹ René DUBOS, né à Saint-Brice-sous-Forêt (Val-d'Oise) le 20 février 1901 et mort à New York le 20 février 1982, est un agronome, biologiste et écologue français.

⁵² Véronique DAGENAI-DESMARAIS, Professeure en psychologie industrielle-organisationnelle, psychologue du travail à l'Université de Montréal, Québec. Du bien-être psychologique au travail, Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

⁵³ : N.Robert (2007), Bien-être au travail : une approche centrée sur la cohérence des rôles, INRS Département Homme au Travail, Laboratoire Gestion de la Sécurité, p.7

Le bien-être : la satisfaction des besoins

Les travaux de MASLOW (1954) permettent de classer les besoins humains par ordre d'importance en 5 niveaux hiérarchisés, la satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant : besoin physiologique (niveau 1), besoin de sécurité (niveau 2), besoin d'appartenance (niveau 3), besoin d'estime (niveau 4) et besoin de s'accomplir (niveau 5).

Si selon MASLOW, nous cherchons à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser aux besoins situés au niveau immédiatement supérieur, le modèle de McCLELLAND⁵⁴, catégorise les besoins (non hiérarchisés) et davantage en lien avec le milieu du travail :

- **Le besoin d'accomplissement** (fixer des objectifs, développer des actions, éviter l'échec)
- **Le besoin d'appartenance** (se sentir appartenir à un groupe, se sentir apprécié)
- **Le besoin de pouvoir** (proposer aux autres, influencer et contrôler)

La base de la théorie de McCLELLAND sur la motivation par l'accomplissement considère que l'essentiel de la motivation est enraciné dans la culture d'appartenance d'un individu.

Les compétences psychosociales

L'OMS introduit en 1993 le concept de « *compétences psychosociales* » (« *life skills* ») qui « *sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social* ».

Les aptitudes à développer :

- Apprendre à résoudre des problèmes / apprendre à prendre des décisions
- Avoir une pensée créative / avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions

Ce concept est développé en éducation mais il est cependant possible d'imaginer sa transférabilité.

Si le bien-être est subjectif, l'individu n'en demeure pas moins en lien avec un environnement. Dans le milieu du travail, et a fortiori à l'Hôpital, l'individu doit s'inscrire dans un collectif (équipe, activité, service, établissement). Comment favoriser le bien-être collectif ?

2.2.3 La QVT, de la singularité du bien-être vers le bien-être collectif au travail

QVT, fondement historique d'une notion

Le fondement du concept de qualité de vie au travail⁵⁵ nait dans les années 50. Éric TRIST⁵⁶ montre les limites du taylorisme. Ces travaux montrent que l'efficacité au travail est liée à la qualité de vie au travail et que ce lien dépend d'abord de l'organisation du travail et des méthodes de production. Il met en évidence l'importance du collectif de travail et son autonomie.

⁵⁴ McCLELLAND, psychologue qui étudie dans les années 60 le lien entre le développement économique d'un pays et sa culture de création d'entreprise

⁵⁵ Histoire du concept de QVT

[Consulté le 6 décembre 2016]

Disponible sur <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

⁵⁶ Éric Lansdown TRIST (1909-1993) scientifique britannique, figure emblématique dans le domaine du développement organisationnel.

Le terme QVT est mentionné pour la première fois lors d'une conférence à New York en 1972. Louis E. DAVIS et Albert CHERNS en donne une définition qui intéresse 4 domaines : l'intégrité physique, l'intégrité psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre vie au travail et hors travail. Les recherches de Robert KARASEK⁵⁷ et d'Edward E. LAWLER sur les phénomènes de stress et de burnout (épuiement professionnel) en montrant leurs causes organisationnelles participent à l'intérêt pour la santé psychologique au travail. Dans les années 80, des auteurs comme Richard HACKMAN et Greg R. OLDHAM définissent la qualité de vie au travail comme le lien entre les besoins des salariés et le contenu du travail (autonomie et sens du travail) qui est source à la fois de bien-être et d'efficacité (production). Leni BEUKEMA précise l'importance de la notion de « pouvoir », pouvoir exercé par le salarié dans la conception de son poste de travail. MARTEL et DUPUIS ont proposé en 2004 la définition suivante⁵⁸ : « *La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société.* »

Ces conceptions montrent un concept de QVT particulièrement axé sur l'individu. En Europe, le concept est plus orienté sur le collectif. Des études scandinaves⁵⁹ s'intéressent au collectif de travail (équipe semi-autonome) et sur la participation des salariés.

En France, on a longtemps préféré utiliser l'expression « *amélioration des conditions de travail* », avec une connotation plutôt « *risques professionnels* » et prévention. Ce n'est que récemment que le terme QVT émerge dans des accords d'entreprises. Le développement du bien-être et de la qualité de vie au travail est de plus en plus reconnu comme étant un facteur de performance économique, humaine et sociale. Le Plan National Santé Travail 2016-2020⁶⁰ en fait une priorité.

Les facteurs déterminants pour la qualité de vie au travail

Selon l'Anact, il est possible, au-delà du caractère subjectif de la notion, de dégager un ensemble de facteurs communs⁶¹. Elle donne 6 facteurs clés à propos de la qualité de vie au travail :

- **La qualité des relations sociales et de travail** : reconnaissance du travail, respect, écoute, considération des collègues et de la hiérarchie, information, dialogue social et participation aux décisions
- **La qualité du contenu du travail** : autonomie, variété des tâches, degré de responsabilité
- **La qualité de l'environnement physique du travail** : sécurité, bruit, chaleur, éclairage, propreté, cadre spatial
- **La qualité de l'organisation du travail** : qualité de la prescription du travail, capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des dysfonctionnements, démarches de progrès organisationnel, pénibilité, charge de travail, prévention des risques liés à l'organisation (troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux)
- **Les possibilités de réalisation et de développement professionnel** : rémunération, formation, validation des acquis, développement des compétences, sécurité des parcours professionnels

⁵⁷ Robert KARASEK, sociologue et psychologue américain

⁵⁸ La qualité de vie au travail par les professeurs MARTEL et DUPUIS (Université du Québec à Montréal) [consulté le 7 janvier 2017] disponible sur : <http://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail>

⁵⁹ Les travaux du National Institute of Working Life de Suède

⁶⁰ Plan santé au travail 2016-2020, p.31 adopté le 8 décembre 2015 par le Conseil d'Orientation, des Conditions de travail (COCT) sous la présidence de Myriam El Khomri, Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

⁶¹ Dans son numéro de mai/juin 2007 de « Travail et Changement »

- **La conciliation entre vie au travail et vie hors travail** : rythme et horaires de travail, vie familiale, accès aux services, loisirs, transports...

Promouvoir la qualité de vie au travail

Anact précise que la QVT est un choix de société impliquant l'ensemble des acteurs. Elle propose des actions pour promouvoir la qualité de vie au travail :

- Analyser, comprendre le travail et agir pour le transformer
- Encourager toutes les initiatives qui contribuent au développement des compétences, à l'évolution professionnelle et au bien-être au travail
- Agir pour que le travail favorise l'épanouissement physique, psychique et intellectuel des individus
- Faire que le travail soit un espace d'intégration y compris pour les moins aptes et les plus fragiles, et un espace de justice sociale
- Faire que chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines

La qualité de vie au travail a fait l'objet d'un accord entre les partenaires sociaux

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) Qualité de vie au travail du 19 juin 2013 et arrêté du 15 avril 2014 porte sur l'extension d'un accord interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. Selon les termes de cet accord, la qualité de vie au travail peut être définie comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* » (Titre II, art. 1er).

Il précise que « *les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci détermine la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte [...] La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus que leurs organisations se transforment* ».

Cette définition pose un nouveau modèle pour négocier et agir : un modèle visant le développement de l'implication des professionnels par leur pouvoir d'agir sur le contenu du travail. Le pouvoir d'agir ou marge de manœuvre du professionnel dépend de son niveau de participation (groupe de résolution de problèmes, débats sur le travail) et du niveau de soutien qu'il reçoit : soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance) et soutien des collectifs (travail en équipe, échanges sur les pratiques). Le contenu du travail est présenté ainsi :

- **Autonomie au travail** : pouvoir d'agir sur des éléments de la tâche et de les combiner de manière variée et adaptée à la situation (sentiment de maîtrise)
- **Valeur du travail** : le sens du travail (sentiment d'utilité)
- **Travail apprenant** : mobiliser un ensemble de compétences (travail intéressant)
- **Travail complet** : réaliser une tâche complète non seulement au plan organisationnel (maîtrise d'un processus ou d'une séquence de processus), mais aussi pouvoir évaluer les effets (sentiment de responsabilité).

QVT et RPS ? Deux concepts opposés ?

Comme le dit Yves CLOT lors du Colloque « Agir sur la santé au travail » qui s'est tenu les 11 et 12 juin 2015, « *il n'y a pas de réponse théorique à des problèmes concrets* ». Les RPS vont du simple stress à l'épuisement en passant par le harcèlement au travail. Le terme lui-même de RPS est contesté et connoté. Le choix du terme fait débat : RPS (risques psychosociaux), CPO (contraintes psychologiques et organisationnelles), QVT (qualité de vie au travail), Bien-être au travail... Selon Yves CLOS ces termes s'inscrivent dans une « *obsolescence programmée* » : banalisés, on n'en parlera plus. La réflexion dure depuis 25 ans, aujourd'hui on parle davantage de QVT. Cette dernière ne remet pas en cause

l'organisation. Mais après tout, si les actions sont les mêmes c'est peut-être une voie d'entrée pour travailler les RPS grâce au politiquement correct. Les tensions RPS/QVT reflètent deux approches fondamentalement opposées : l'approche psychologique (centrée sur les déterminants individuels) et l'approche psychosociale (centrée sur les déterminants organisationnels).

La notion de RPS insiste sur un ensemble de risques qui sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail alors que celle de qualité de vie au travail insiste davantage sur la perception qu'a un individu de son bien-être durant son travail. Il n'y a donc aucune raison d'opposer ces deux notions, qui semblent être parfaitement complémentaires. Il est possible de travailler à la fois sur les sources potentielles de mal-être au travail et sur l'amélioration des conditions de travail.

La régulation du travail au service de l'efficacité et de la santé

La qualité de vie au travail propose de dépasser les impasses de la souffrance au travail pour remettre le travail au cœur d'enjeux capables d'articuler performance économique et performance sociale. L'objectif est de progresser dans l'articulation entre le travail réel et les conditions d'exercice de l'activité. Pour cela des régulations et des discussions collectives sont nécessaires pour atteindre l'efficacité tout en préservant la santé des salariés au travail.

Le concept de qualité de vie au travail me permet de proposer un dernier axe permettant selon moi de concilier qualité des soins et QVT : la recherche de sens au travail.

2.3 La recherche du sens au travail par la co-construction

Le cadre de santé soutient individuellement et collectivement les soignants en créant des lieux d'échanges : l'expression des soignants est centrale dans la prévention de la souffrance au travail. Il régule les tensions interprofessionnelles et interpersonnelles y compris au travers de son rôle de relais de l'institution. Il doit s'efforcer d'adapter les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs personnels et collectifs de ses agents au regard des contraintes organisationnelles. Il implique les personnels dans les projets en valorisant les compétences, condition favorable à l'émergence de l'engagement chez les professionnels.

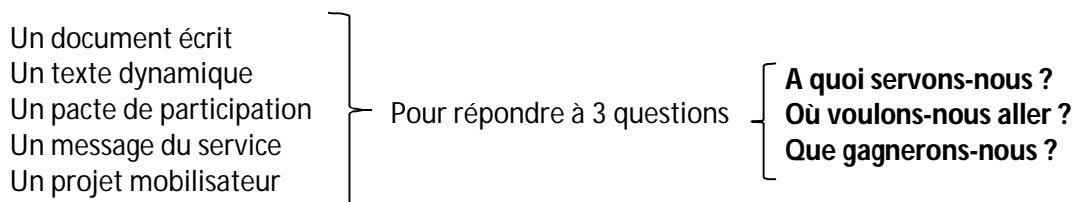
2.3.1 Le projet d'unité

Un projet est défini comme « *ce qu'on a l'intention de faire et estimation des moyens nécessaires à la réalisation* ». Dans la langue française, il est synonyme de « *dessein* », « *idée* », « *intention* », « *plan* », ou encore « *programme* ».

Je m'intéresse au projet de l'unité car pour moi il est le symbole même du SENS de l'unité (en tant qu'organisation et groupe de soignants). Il répond à la logique d'efficacité car il est nécessaire de prendre en compte les lois de l'économie et de la productivité. Le projet d'unité est une réponse à des besoins (institution, établissement, tutelles, patients). L'évolution des droits des patients favorise la vision des besoins des patients, les « usagers » expriment des exigences de considération. Il est également une forme de réponse à de nouvelles attentes, les soignants attendent plus des relations de travail, de visibilité. Il permet de donner du sens en levant les interrogations sur la finalité des missions de l'unité.

C'est une démarche participative qui demande du temps pour que le projet devienne un projet partagé par tous. On pourrait le voir comme l'équivalent du projet « d'entreprise » pris au sens de « *ce que l'on se propose d'entreprendre* ». Il est global et doit être suffisamment précis pour servir de référence permanente à la réflexion et à l'action. Il est l'expression d'une volonté collective, forte et précise, et détermine des principes d'actions et des normes de comportements professionnels. C'est un levier pour l'encadrement car il vise à mobiliser le personnel, à conduire l'action dans une direction commune largement acceptée.

Un projet d'unité doit être formalisé. C'est un document qui s'adresse à l'équipe, pose le contexte et fait sens. Simplement, n'oublions pas ses caractéristiques⁶² :



Ainsi le projet d'unité me paraît être l'outil qui fait sens. Il est en faveur de l'implication de tous, d'abord individuellement puis collectivement. Ainsi il devient un outil fédérateur. Il permet d'explicitier et d'accompagner le changement.

Fort de ma réflexion sur le travail réel puis sur le management de l'autonomie, il m'apparaît intéressant de me concentrer sur le concept de co-construction. Est-il applicable aux projets ? Il favoriserait ainsi en plus de la vision et de l'implication, l'appropriation du projet par les professionnels.

⁶² Les caractéristiques du projet d'unité

[Consulté le 3 janvier 2017]

Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/36ManagtOutiTexProjet.html>

2.3.2 La co-construction

Selon Madeleine AKRICH⁶³ le terme de « *co-construction* » est apparu de manière récente dans le langage courant : « *utilisé dans la presse écrite une fois par an avant 2003, une fois par mois en 2005, il apparaît presque quotidiennement depuis 2013* ».

Co-construction est un terme composé : « *co-* », est issu du latin « *cum* » qui signifie « *avec, ensemble* » et « *construction* » est « *l'action qui permet de composer, d'élaborer un ensemble (œuvre, théorie, etc.), d'en agencer les divers éléments* ».

Selon Roland JANVIER⁶⁴, fervent défenseur de la co-construction, « *le professionnel n'est plus dans la position d'un expert qui décide à la place d'un bénéficiaire. Deux personnes sont côte à côte et non plus face à face : le professionnel qui a des compétences spécifiques, l'usager qui a ses compétences propres, irremplaçables. Ces deux personnes ne peuvent pas être à l'unisson mais de leur rencontre, du débat entre leurs deux perceptions naîtra un projet commun. Mais pour cela, il faudrait que le professionnel soit sécurisé dans sa posture* ». Ainsi, si l'on considère la co-construction soignant/soigné (je pense ici au concept d'éducation thérapeutique) on peut également considérer la co-construction cadre/soignants. Alors, de la rencontre du cadre et de son équipe « *naîtra un projet commun* ».

Il m'apparaît essentiel de co-construire les projets avec l'équipe ; redonner la parole et le pouvoir d'agir. Le bien-être au travail, se nourrit de l'appropriation des changements et pas du changement. Si la personne subit, elle souffre. Selon KARASEK⁶⁵, ce qui fait qu'un individu peut se réaliser dans son travail, c'est la marge de manœuvre : plus on a de marge de manœuvre, plus on a de l'intérêt dans son travail. Le manager doit avoir les moyens de donner des marges de manœuvre aux personnes qu'il encadre. Alors redonner du pouvoir d'agir à l'équipe permettrait aux professionnels d'être associés aux projets et de se réaliser au travail. JOHNSON complète le modèle de KARASEK en y ajoutant une troisième dimension (variable modératrice des deux autres) : la notion de soutien social au travail (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et supérieurs hiérarchiques. Cela étaye la place de cadre et le climat qu'il instaure pour favoriser l'entraide collective au sein de l'équipe.

Modèle de KARASEK⁶⁶

Modèle de Karasek

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

⁶³ Madeleine AKRICH, « Co-construction », in CASILLO I. avec BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F., FOURNIAU J.-M., LEFEBVRE R., NEVEU C. et SALLES D. (dir.), Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, Paris, GIS Démocratie et Participation, 2013, ISSN : 2268-5863. <http://www.dicopart.fr/es/dico/co-construction>.

⁶⁴ Roland JANVIER est Docteur en sciences de l'information et de la communication et directeur général de la Fondation Massé Trévidy (Finistère).

⁶⁵ Robert Karasek, sociologue et psychologue américain, connu pour son test ou modèle de Karasek de mesure de stress au travail (1979).

⁶⁶ Modèle de Karasek, Modèles théoriques du stress au travail [Consulté le 21 décembre 2016] Disponible sur : <http://slideplayer.fr/slide/1310013/>

Une étude internationale⁶⁷ montre que le fonctionnement du cerveau et les comportements humains permettent de définir les conditions favorables à l'engagement au travail : trouver du sens, motivation, esprit d'équipe constructif, entretenir une relation managériale adaptative.

Le « sens » défini comme « *orientation, direction.* »⁶⁸, est tout à fait approprié au projet d'unité. Le projet d'unité est le guide et le cadre de référence qui permet de situer le travail de chacun des agents qui le composent. Ce projet indique les valeurs, les principes et les règles de fonctionnement de l'unité, la méthode d'organisation et de travail pour que chacun puisse exercer ses fonctions avec efficacité et dans la clarté.

Le projet d'unité apparaît comme un outil qui donne envie, et qui permet de questionner pour faire agir. Un projet n'est jamais fini. Il est vivant. A mon sens il ne vaut que par sa progression et son adaptation permanente aux dernières évolutions de l'environnement (recommandations, lois, nouveaux besoins, nouvelles attentes).

Mon questionnement se tourne maintenant vers le type de management qui serait le plus adapté à ce principe de co-construction. D'ailleurs je m'interroge, la co-construction est-elle un moyen, un outil, une technique, ou bien est-elle un véritable état d'esprit (développement de l'autonomie et du pouvoir agir de son équipe) ?

2.3.3 Du management situationnel au management par l'empowerment

« Désormais, au terme d'une relation plus mature, le salarié négocie sa loyauté et non plus sa fidélité, au prix d'une série d'exigences comme le fait d'être reconnu et écouté, d'avoir son autonomie, d'avoir une marge de manœuvre, bref au prix d'un empowerment »⁶⁹.

Le management situationnel : management de l'autonomie

Le management situationnel me paraît être le plus pertinent. Selon Dominique TISSIER⁷⁰, le style ou mode de management est l'ensemble des comportements utilisés par un manager dans une situation donnée avec un ou plusieurs collaborateurs. Ces comportements sont utilisés pour influencer les collaborateurs en fonction des dispositions du manager et des exigences des situations (et le degré de maturité des collaborateurs). Il identifie 4 styles de management :

- Un style directif pour structurer (très organisationnel et peu relationnel)
- Un style persuasif pour mobiliser (très organisationnel et très relationnel)
- Un style participatif pour associer (peu organisationnel et très relationnel)
- Un style déléguatif pour responsabiliser (peu organisationnel et peu relationnel)

Il n'y a pas de « bon » style de management. Sachant qu'une situation est l'ensemble des événements de vie du responsable, mais aussi le contexte de l'événement et les personnes présentes, le style de management doit être adapté aux situations. Le manager a pour objectif d'amener ses collaborateurs à un degré de maturité permettant l'autonomie au travail. Ici l'autonomie est l'ensemble des compétences et la motivation propre à l'employé. Pour ce faire, le manager est garant de conditions favorables au développement de cette autonomie. Il évalue le degré d'autonomie de chaque collaborateur (individuel) et de l'équipe (collectif) régulièrement.

⁶⁷ Enquête Estime 2011 (étude sur le stress au travail, institut de médecine environnementale) partenariat INC et TNS sofrès.

⁶⁸ Définition « sens [Consulté le 3 mars 2017] Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/sens>

⁶⁹ T. BENCHEIKH, DG associé, Cap Gemini Consultant, cité par M.-L. BONAVIDA, « Les Français aiment le travail », Le Figaro, 23 mai 2005.

⁷⁰ Diplômé en psychologie ; Ingénieur civil des mines. Consultant partenaire et chef de projet à l'INSEP [Institut supérieur d'éducation permanente].

Le concept d'empowerment

Dans le concept d'empowerment, la notion centrale est la notion de « *pouvoir* ». L'empowerment, c'est « *l'accroissement d'un pouvoir exercé à titre individuel ou collectif* »⁷¹. Ce pouvoir est autant « *un état* » (avoir du pouvoir) qu' « *un processus d'apprentissage* » (acquérir du pouvoir) ou qu' « *une dynamique au sein de rapports de force* » (exercer du pouvoir). L'accroissement du pouvoir concerne à la fois des individus et des groupes ou des « communautés ». Le pouvoir peut s'exprimer dans le domaine économique, dans celui des rapports humains et dans celui des institutions. On distingue quatre formes de pouvoir (les différentes dimensions du pouvoir sont liées entre elles et se complètent) :

- **Le « pouvoir sur »**

Cette forme du pouvoir est liée à l'emprise qu'a un individu ou un groupe sur des domaines de la réalité, faisant passer d'un état que l'on subit à une plus grande maîtrise. Il s'agit ici de l'exercice effectif d'un pouvoir.

- **Le « pouvoir de »**

C'est la capacité pour un individu et/ou un collectif de prendre des décisions, de résoudre des problèmes ou de mener des actions. Il s'agit ici de la capacité à agir dans laquelle les dimensions intellectuelle et motivationnelle occupent une place privilégiée.

- **Le « pouvoir intérieur »**

Ici cela nous renvoie à l'image de soi, l'estime de soi. C'est la confiance en soi qui permet à l'individu d'oser vouloir des changements pour lui et pour les autres.

- **Le « pouvoir avec »**

C'est la mise en œuvre des valeurs de solidarité et à leur traduction dans la vie d'un collectif. Il s'agit ici de la capacité de créer un « nous » se percevant comme acteur social à part entière.

Ce concept est très présent dans le domaine de l'éducation thérapeutique. Mais il peut également être un modèle managérial.

L'empowerment : un modèle managérial

L'empowerment est aussi un modèle managérial. Ce terme anglo-saxon est un concept qui exprime l'idée de permettre une montée en puissance. Ce concept repose sur 3 piliers :

- Le développement de la vision
- Le développement de l'autonomie
- Le développement de l'appropriation

Défini comme « *la délégation de l'autonomie de la gestion des tâches* » afin d'améliorer les performances de l'entreprise « *l'empowerment est un état dans lequel l'individu, l'équipe et l'entreprise produisent le meilleur d'eux-mêmes. Motivés, engagés dans leur travail, enthousiasmés par l'amélioration continue, créatifs pour certains, tous les collaborateurs manifestent cet état d'esprit qui dépasse le simple respect des horaires de travail et des procédures ainsi que la simple application (passive) des méthodes et l'usage mécanique des outils existants* »⁷². Selon ce modèle, les tâches sont définies par les individus qui décident aussi de la façon de les mener et de les répartir au sein de l'équipe. L'équipe détermine le mode et les critères d'évaluation.

Cette autonomie doit cependant s'exercer en lien étroit avec le cadre de santé à qui il revient de coacher l'équipe, déterminer le contenu et les limites de l'autonomie, fixer les normes de productivité et les objectifs de production à atteindre. Il s'agit d'un pouvoir confié avec obligation de s'en servir pour être plus performant. Le cadre accompagne ici l'autonomie.

⁷¹ « L'empowerment de quoi s'agit-il ? » [Consulté le 14 février 2017] Disponible sur :

https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=461:l-empowerment-de-quoi-s-agit-il&catid=9&Itemid=103

⁷² « Empowerment : clé du leadership », Haute performance, [Consulté le 2 mars 2017] Disponible sur : <http://haute-performance.over-blog.com/article-35726958.html>.

Ce modèle pourrait permettre au cadre d'améliorer la performance car il est fondé sur la capacité à savoir engager, impliquer les équipes pour les responsabiliser et susciter un travail collectif. L'empowerment repose sur la capacité à déléguer plus de responsabilités, à donner accès à l'information, à savoir donner du sens afin de rendre visible l'impact de la collaboration collective. Le rôle du cadre est de favoriser cet environnement de développement dynamique et d'en créer les conditions nécessaires.

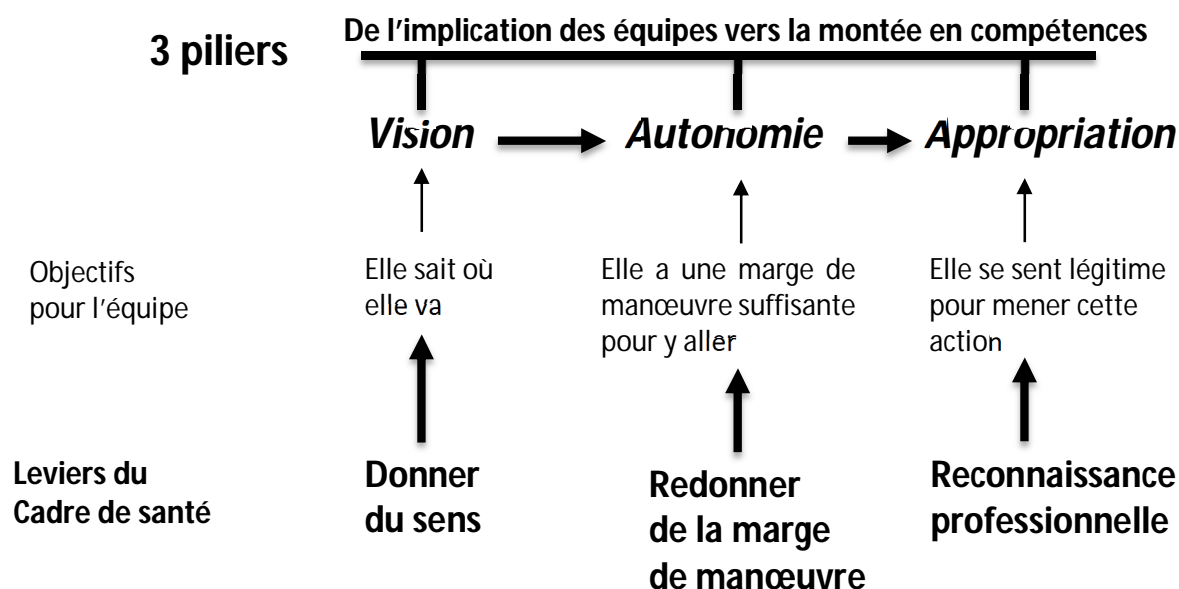
La valeur ajoutée du cadre de santé dans la satisfaction du personnel se situe dans l'immatériel : créer des conditions pour que chacun développe son autonomie, donner du sens et des signes de reconnaissance (la reconnaissance n'a toutefois de valeur que si le cadre connaît la réalité du travail), favoriser le dialogue avec et entre les professionnels sur les difficultés et faire vivre la solidarité collective.

Je modélise ainsi le concept :

EMPOWERMENT

Autonomisation
Responsabilisation
Émancipation
Développement du pouvoir agir

« Possibilité pour l'agent d'avoir une certaine autonomie dans les décisions relatives à son activité, et les moyens suffisants pour les mettre en œuvre »



Associer étroitement les équipes à la réflexion et à la mise en place d'actions me semble être le meilleur levier d'action pour le cadre de santé en matière de qualité des soins et de promotion de la QVT. Les démarches expertes ne prendront du sens sur le terrain que par l'intermédiaire du cadre. Les réorganisations permanentes, les incertitudes sur l'avenir, la mixité des individus et des générations, amènent le cadre de santé à développer son « *agilité managériale* ».

« Il ne suffit pas d'être acteur de son développement, encore faut-il en être véritablement l'auteur. »
Michel DINET 1990

Le cadre conceptuel terminé, il est temps de poser la problématique de ce travail de recherche.

3 Vers une synthèse pour poser problématique et hypothèses

Il s'agit désormais de prendre du recul par rapport aux informations recueillies pour préciser les grandes orientations de la recherche et définir une problématique en rapport direct avec la question de départ. La problématique est l'approche théorique que l'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ.

3.1 Construction de la problématique

Je suis partie du constat d'un mal-être soignant que j'ai relié à une perte de repères dans un contexte hospitalier en mutation. Me posant en future cadre de santé, je dois garantir la qualité des soins dispensés aux patients dans le service dont j'aurai la responsabilité. Ces soins seront dispensés par des soignants. Je dois leur garantir des conditions favorables à l'exercice de leur mission. Quel sera mon rôle dans leur bien-être pour le bien faire ?

Je me suis intéressée au concept de bien-être. Il est tout d'abord apparu que pour « aller bien » il faut « ne pas aller mal », ce qui m'a conduit à m'intéresser au sujet des risques psychosociaux. Cependant, s'il est nécessaire de travailler sur ces risques, je ne pense pas qu'ils soient un levier managérial suffisant. « Ne pas aller mal » est une condition du bien-être, peut-être la condition première, mais « ne pas aller mal » ne suffit pas à définir le bien-être. C'est naturellement que je me suis intéressée au concept de « bien-être ». Le bien-être est apparu comme un ressenti, une perception individuelle, un état complet, où le travail n'est qu'un facteur parmi d'autres. Je me suis ensuite intéressée au concept du travail. En le considérant comme un processus de transformation d'une prescription d'activité en une activité réelle, j'ai trouvé un rôle à jouer à ce niveau-là en explorant le concept des ressources psychosociales. Ainsi, si le travail peut être source de souffrance, il peut également être source de plaisir, d'accomplissement, de bien-être. Demain, je serai responsable d'une équipe, d'un collectif. Je devrai m'assurer du bien-être au travail des professionnels afin qu'ils puissent assurer un travail réel de qualité. Le concept de qualité de vie au travail m'a permis d'une part de passer de la notion de bien-être individuel à la notion de bien-être collectif, et d'autre part de me placer dans le domaine du travail. Ce concept permet de questionner le travail de manière positive. J'ai choisi de limiter le « bien faire » de l'équipe à la qualité des soins pour le patient. En ce qui concerne le « bien-être » de l'équipe placée dans l'exercice de ses missions, je l'ai posé comme la somme des bien-être individuels. J'y ajoute le sentiment de bien-être au travail envisagé comme un sentiment de bien-être collectif de travail bien fait. Ainsi comment concilier le « bien-être » (c'est-à-dire à s'intéresser à l'individu puis au collectif d'individus) et le « bien faire » (c'est-à-dire s'intéresser à la tâche, à la mission du service) ? Le concept de qualité de vie au travail semble concilier les deux.

Ainsi, à l'éclairage des concepts traités, mon questionnement s'affine. Je peux poser la problématique de ce travail de recherche :

Comment le cadre de santé peut-il favoriser la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients ?

3.2 Élaboration de l'hypothèse

Le but est de construire un modèle d'analyse composé de concepts et d'hypothèses qui s'articulent entre eux pour former un cadre cohérent.

QVT et qualité des soins sont intimement liées. Améliorer la qualité de vie au travail pour les professionnels permet d'améliorer leur bien-être individuel et collectif. Elle propose au cadre de santé de réfléchir aux conditions d'épanouissement, de satisfaction du personnel afin de mettre en place les conditions favorables. Pour cela, il doit s'intéresser aux besoins et attentes des soignants.

Comment de façon opérationnelle favoriser la QVT ? Le management qui semble être le plus favorable est le management de l'autonomie, car il s'adapte à la fois à l'individu et au collectif. Quels sont les besoins des soignants ? Il est important de donner du sens, de manager l'autonomie, de donner de la marge de manœuvre (en regard du niveau d'autonomie de l'agent) et d'apporter de la légitimité aux professionnels.

Tout au long de ma réflexion, c'est la recherche de sens qui apparaît primordiale à la fois dans la question du « bien-être » et du « bien faire ». En donnant du sens, le cadre de santé permet la vision, c'est-à-dire qu'il permet à l'équipe de savoir où elle va. En redonnant de la marge de manœuvre il favorise son autonomie professionnelle et rend ainsi possible le chemin. Enfin, en donnant des signes de reconnaissance professionnelle il permet à l'équipe de se sentir légitime pour avancer et elle s'approprie la route. Alors l'implication des professionnels et la montée en compétences se développent, en faveur à la fois de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins.

Qu'est-ce qui peut faire sens pour l'ensemble des professionnels ? Quel est le but commun ? Le projet d'unité me semble être le vecteur de sens le plus puissant. Déclinaison du projet médical, il est initié par le cadre de santé qui s'assure de sa mise en œuvre par l'équipe dont il a la responsabilité.

La co-construction est un modèle très chronophage (le mode directif par exemple serait beaucoup plus rapide) mais essentiel pour les tâches complexes. Quoi de plus complexe qu'un individu ? En psychiatrie, pour proposer une prise en charge de qualité, le regard d'un ensemble d'experts est nécessaire (médecins, cadre, psychologue, éducateurs, infirmiers, aides-soignants, psychomotricien, ergothérapeute, les partenaires et bien d'autres acteurs encore). Le patient est complexe dans son individualité (comme tout un chacun) et les troubles psychiatriques majorent cette complexité. La co-construction permet d'associer étroitement l'équipe aux projets, favorisant : compréhension, reconnaissance, implication et appropriation. Elle est donc en faveur que la qualité des soins en psychiatrie et en faveur du bien-être des soignants qui la mettent en œuvre.

Cette réflexion me permet de poser une hypothèse :

La co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé avec l'équipe favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients.

Cependant, cette hypothèse reste très théorique. Je propose d'enquêter pour confronter mon hypothèse à la réalité du terrain.

4 L'enquête

Cette phase d'enquête est le moment pour moi d'observer. L'observation est la confrontation du modèle d'analyse à des données observables. Comment observer de la qualité ? Il est nécessaire que je pose une méthode d'enquête. Je m'efforce tout d'abord de clarifier mes objectifs. Puis en fonction de ces derniers, je délimiterai le terrain et la population. Enfin je pourrai proposer des outils d'enquête.

4.1 Les objectifs

C'est pour moi le point fondamental de l'enquête. Je dois construire des objectifs clairs, ils seront déterminants pour la suite de la recherche. Un choix a été nécessaire pour garder à ce travail cohérence et faisabilité. Je choisis de poser quatre objectifs :

- Comment mesurer la qualité de la satisfaction des personnels ?
- Quels sont les besoins et les attentes des professionnels ?
- Est-ce que les cadres de santé co-construisent ?
- Est-ce que la co-construction est en faveur de la qualité de vie au travail ?

4.2 Le terrain

Ma recherche se fonde dans le milieu de la santé, et plus particulièrement dans le milieu hospitalier, alors c'est naturellement que je me suis dirigée vers l'Hôpital.

J'ai choisi la spécialité de psychiatrie. Elle fait sens avec mon domaine d'exercice passé et futur, sans cacher mon intérêt particulier pour la spécialité. Cependant, si mon exercice se centre sur l'intra hospitalier aigu, je décide d'élargir l'enquête à l'extra hospitalier (je continue à rechercher un sens commun). Par contre, l'enquête se limite à la psychiatrie adulte de secteur.

Cette spécialité de psychiatrie m'apparaît être le secteur emblématique de la relation. En psychiatrie c'est la relation qui prime avec le patient, alors peut-être c'est dans ce milieu que l'appétence à organiser les équipes avec cette même dimension relationnelle est la plus visible. Je m'intéresse aux pratiques professionnelles de psychiatrie et j'écarte volontairement les services de soins généraux (non pas par rejet mais pour limiter mon travail afin de me concentrer sur un champ plus restreint).

Je recherche des retombées dans ma pratique future. J'ai eu envie de me tourner vers des structures « purement » psychiatriques. Devant les refus, je me suis tournée vers trois hôpitaux généraux d'Ile-de-France, dans les pôles de psychiatrie. Leurs configurations sont très proches et sensiblement identiques au contexte de mon expérience personnelle. Les différences entre ces trois hôpitaux me permettront d'obtenir un panel ouvert sur la pratique actuelle. De ces différences, j'espère acquérir des atouts pour ma future pratique dans une unité intra hospitalière d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte (secteur fermé).

4.3 La population

Auprès de qui mener l'enquête ? Il n'est pas raisonnable de projeter de me rapprocher de tous les acteurs. Impossible de tenter de réfléchir à un moyen d'améliorer la qualité de vie aux travail des professionnels sans m'intéresser à leurs besoins et leurs attentes. Pour répondre à mes objectifs, et comme la satisfaction des infirmiers reflète la satisfaction de l'ensemble du personnel (si les infirmiers « vont bien » alors l'hôpital « va bien » puisque « *le personnel infirmier devient un cas traceur*

révélateur de l'ensemble »⁷³), je décide de concentrer ma recherche sur le personnel infirmier. Cela me permettra de répondre au « pourquoi faire » en collectant de la donnée au sujet de la mesure de leur satisfaction, de leurs attentes et de leurs besoins.

Pour répondre à la question du « comment faire » dans le sens opérationnel, je me dirige vers l'encadrement. La formation cadre de santé est le moment pour moi de réfléchir à des pratiques et méthodes de travail efficaces. Je souhaite enrichir ma réflexion.

4.4 Les outils

Il est temps de choisir les outils. Ma recherche s'oriente sur la qualité. Comment observer la qualité ? J'opte pour un questionnaire pour les infirmiers et un entretien pour les cadres.

Un questionnaire pour les infirmiers

Pour les infirmiers, je choisis un questionnaire ([annexe 1](#)). Difficile d'envisager des questions uniquement fermées, qui seraient en contradiction avec le concept même de qualité.

Le questionnaire devait être transmis en ligne, mais impossible sur les boîtes professionnelles. Il sera donc en version papier. Comme il sera diffusé par des cadres de santé et que je n'ai pas pu rencontrer tous les infirmiers, il m'apparaît important d'ancrer le sujet dans mon enquête et de lui donner un cadre (actualité, recherche, questionnaire anonyme et date de retour). « Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 5 décembre 2016 sa stratégie nationale pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (QVT) des professionnels de santé. Elle souhaite « *faire de la QVT une exigence à part entière* », à l'égal « *de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé* » en généralisant les bonnes pratiques. Au pilotage de cette stratégie, un médiateur national (Edouard COUTY) et une chargée de mission (Magali EYMERY) viennent d'être nommés. Un observatoire national est annoncé. Étudiante cadre de santé à l'École Supérieure Montsouris, je réalise actuellement un travail de recherche, pour mon mémoire de fin d'étude, portant sur la qualité de vie au travail en psychiatrie. Ce questionnaire anonyme est un support d'enquête destiné aux infirmiers. Merci du temps que vous prendrez pour y répondre. Date limite de retour : 31 mars 2017 ».

Le talon me permet de « cartographier » et d'individualiser chaque questionnaire. Il sera essentiel pour l'analyse : sexe, âge, DEI, Ancienneté dans la spécialité, lieu d'exercice (hôpital, Intra/extra).

Je me suis limitée à cinq questions :

- Qu'évoque pour vous la QVT ? Quelle en serait votre définition ? (Question ouverte)
- Selon vous, votre QVT se mesure à :

(Merci de vous limiter à 5 réponses maximum, selon vos indicateurs prioritaires parmi : intégration et cohésion d'équipe, intérêt pour le travail, sentiment de sécurité, satisfaction de la prise en charge du patient, sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, conciliation vie privée/vie professionnelle, degré d'implication dans le service, degré d'autonomie, perspective d'évolution professionnelle, accès à la formation, respect de vos valeurs professionnelles) en laissant une ouverture « autre ».

- Quelles sont vos attentes concernant votre cadre de proximité ? (Question ouverte)
- Quels sont vos besoins ? (Question ouverte)
- Concernant le projet de l'unité où vous exercez : (questions fermées Oui/Non)
 - Connaissez-vous le projet ?
 - Participez-vous à sa mise en œuvre ?
 - Participez-vous à la construction du projet d'unité ?

⁷³ BRUNELLE, Y., « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS volume 40 n°1, janvier-mars 2009 (pages 39 à 48), page 39

Je me suis laissé l'opportunité d'être « surprise » : par les questions ouvertes et en laissant une place (cadre libre) « Vos remarques sont les bienvenues ».

Un entretien semi directif pour les cadres

Il est présenté en **annexe 2**. De la même façon que pour les infirmiers, je précise le contexte, ma recherche, je limite le temps à 30 minutes et sollicite un accord pour un enregistrement.

Le talon (date et lieu, sexe, année du diplôme Cadre de santé, filière d'origine et année du diplôme, type d'unité, ancienneté dans la spécialité, vous êtes responsable de combien d'agents ?)

Je me suis limitée à quatre questions. Pour ne pas trop induire les réponses, je propose d'abord des questions larges. Je prévois toutefois des relances si nécessaire. L'objectif est de limiter au maximum mon influence.

- Comment faites-vous pour que l'équipe se sente bien ?
 - Relance 1 : Je me questionne sur votre rôle, la place du cadre de santé, dans le bien-être de l'équipe pour le bien faire.
 - Relance 2 : Que mettez-vous en place pour votre équipe : Marge de manœuvre ? Espace d'expression ? Donner du sens ? Associer étroitement les professionnels ?
- Comment conciliez-vous performance économique et performance sociale ?
 - Relance 1 : Objectif production / qualité des soins et objectif santé/bien être pour l'équipe ?
 - Relance 2 : Quel management ? Quel dispositif ? quelles stratégies ?
- Qu'évoque pour vous la QVT ?
 - Relance 1 : Quelle pourrait en être la définition selon vous ?
 - Relance 2 : Intéresse-t-elle selon vous : l'organisation ? la relation ? l'environnement ? le développement personnel ? Les réponses aux attentes des équipes ? D'autres domaines ?
- Mon hypothèse de travail est la suivante : la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients. Qu'en pensez-vous ?

Cette présentation de l'enquête m'a permis de stabiliser et de poser mes objectifs. Ils m'ont permis de choisir le terrain qui conviendrait le mieux. J'ai pu alors définir les deux populations cibles (infirmiers et cadres). Elles m'ont permis de construire un outil adapté à chaque population (un questionnaire pour les infirmiers et un entretien pour les cadres).

Je vais à présent vous présenter les résultats de l'enquête.

5 Résultats de l'enquête

L'enquête a été réalisée du 3 mars au 10 avril 2017. Il est temps maintenant de « dépouiller » les résultats. Dans un premier temps je vous présenterai les résultats des questionnaires infirmiers puis les résultats des entretiens cadres. Cela me permettra dans un second temps de vous proposer une analyse des résultats.

5.1 Présentation des résultats

Voici les résultats des 53 questionnaires infirmiers puis les résultats des 6 entretiens cadres. Avant cela, je vous présente de façon rapide les lieux de l'enquête. J'ai pu dans chaque lieu rencontrer le cadre qui m'a permis de transmettre mon questionnaire à son ou ses équipes.

Hôpital 1	Hôpital public général Ile-de-France	Intra 1	2 unités d'hospitalisations complètes 14 retours IDE et 1 CDS interrogé
		Extra 1	1 CMP et 1 HDJ 7 retours IDE et 1 CDS interrogé
Hôpital 2	Hôpital public général Ile-de-France	Intra 2	1 unité d'hospitalisations complètes 3 retours IDE et 1 CDS interrogé
		Extra 2	1 CMP, 1 HDJ et 1 HDN 11 retours IDE et 1 CDS interrogé
Hôpital 3	Hôpital public général Ile-de-France	Intra 3	2 unités d'hospitalisations complètes 12 retours IDE et 1 CDS interrogé
		Extra 3	2 CMP 6 retours IDE et 1 CDS interrogé

5.1.1 Résultats des questionnaires infirmiers

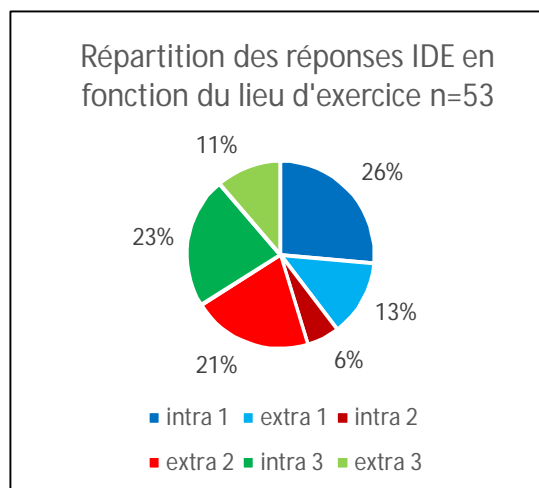
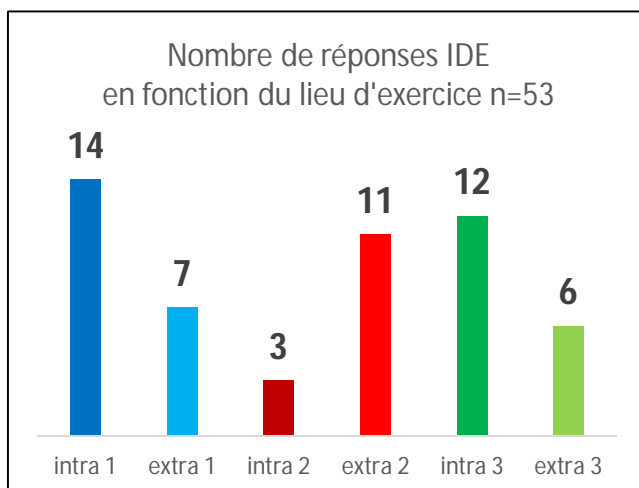
Je vais vous présenter les résultats des 53 questionnaires qui m'ont été retournés. Je commencerai par le talon, puis je vous donnerai les réponses question par question.

Présentation du talon

L'ensemble brut des talons est présenté dans l'[annexe 3](#). J'en propose un éclairage.

- **RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR LIEU : STRUCTURE ET HOPITAL**

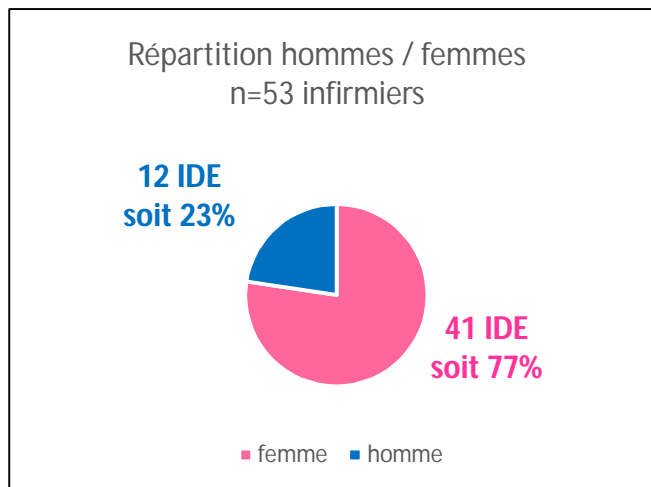
Les 53 infirmiers exercent dans des lieux et des hôpitaux différents. 21 infirmiers exercent au sein de l'Hôpital 1, 14 au sein de l'Hôpital 2 et 18 au sein de l'Hôpital 3. L'ensemble des IDE a répondu.



• **RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR SEXE**

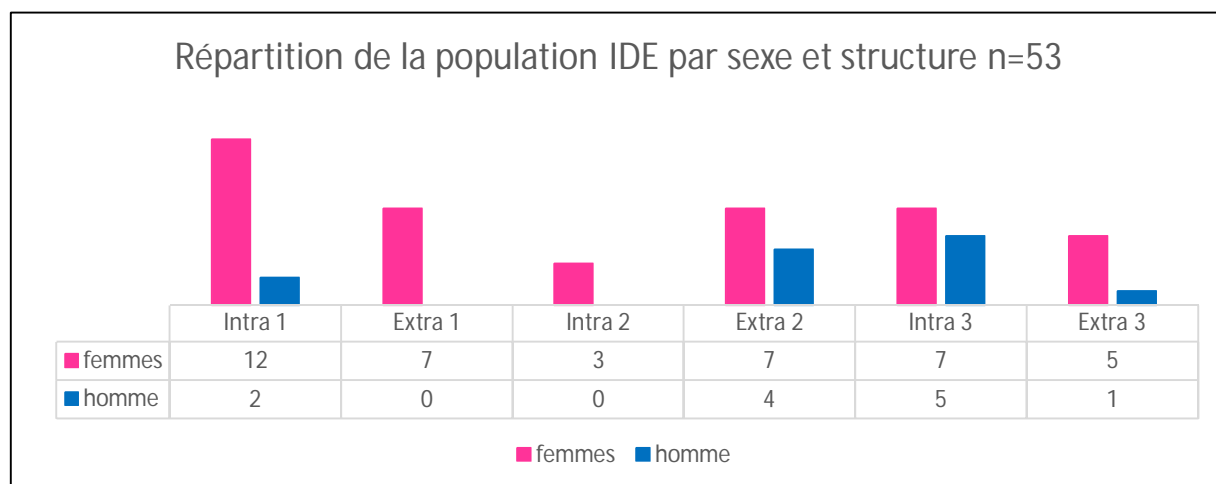
La répartition par sexe des infirmiers interrogés est ainsi : 41 femmes soit 77% de la population, et 12 hommes soit 23% de la population. Ils ont tous répondu.

Répartition de la population par sexe		
Sexe	Nombre d'IDE	% de la population
femme	41	77%
homme	12	23%
Total	53	100%



La répartition de la population IDE par sexe en fonction de l'hôpital et de la structure est présentée dans le tableau suivant :

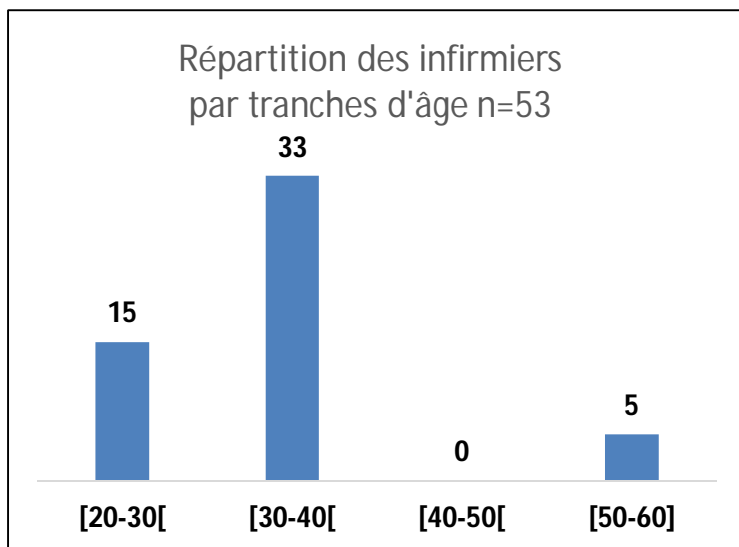
Répartition de la population IDE par sexe n=53 En fonction de l'hôpital et de l'exercice											
Répartition en fonction de l'hôpital						Répartition Intra/Extra					
Hôpital	IDE	Femmes		hommes		Structure	IDE	femmes		homme	
H1	21	19	90,48%	2	9,52%	Intra 1	14	12	85,71%	2	14,29%
						Extra 1	7	7	100,00%	0	0,00%
H2	14	10	71,43%	4	28,57%	Intra 2	3	3	100,00%	0	0,00%
						Extra 2	11	7	63,64%	4	36,36%
H3	18	12	66,67%	6	33,33%	Intra 3	12	7	58,33%	5	41,67%
						Extra 3	6	5	83,33%	1	16,67%
total	53	41	77,36%	12	22,64%	total	53	41	77,36%	12	22,64%



• **RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR AGE**

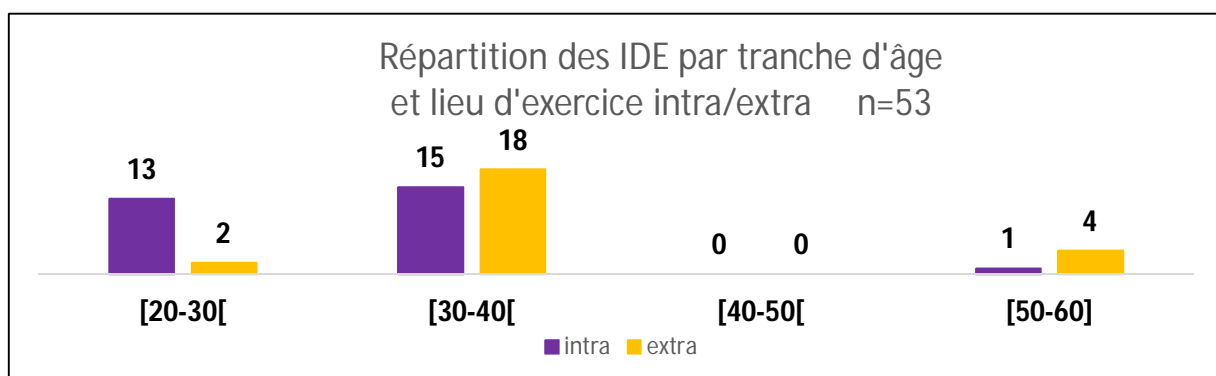
L'âge des infirmiers varie. J'ai choisi de réaliser des tranches d'âge. Nous retrouvons 15 infirmiers qui ont entre 20 et 30 ans, 33 infirmiers ont entre 30 et 40 ans et 5 infirmiers ont entre 50 et 60 ans. Notons qu'aucun infirmier interrogé n'est présent dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. La plupart des moins de 30 ans exercent en intra hospitalier (soit 87%). Les IDE ont tous répondu à cette question.

Répartition des infirmiers par tranche d'âge n=53		
Tranche d'âge (années)	part de l'effectif	Pourcentage de l'effectif
[20-30[	15	28%
[30-40[	33	62%
[40-50[	0	0%
[50-60]	5	9%
[21-55]	53	100%



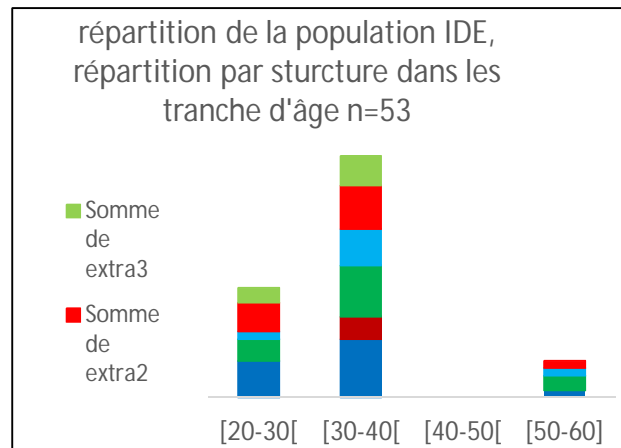
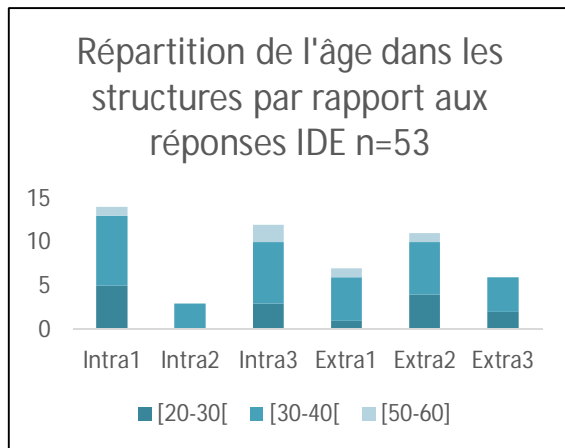
Tendance centrale	
moyenne	34
médiane	34
mode	34

Indicateurs de dispersion			
Écart type	8,7	Variance	76,1
Q1	27	Minimum	21
Q3	38	Maximum	55



La répartition de l'ensemble de la population par hôpital et par structure est présentée ci-dessous.

Répartition de la population par âge n=53 par hôpital et par structure																
Tranche d'âge (année)	Part/Effectif total IDE	% de l'eff IDE total	Intra 1			Intra 2			Intra 3		Extra 1		Extra 2		Extra 3	
			Effectif	%		Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
[20-30[	15	28%	5	33%	0	0%	3	20%	1	7%	4	27%	2	13%	
[30-40[	33	62%	8	24%	3	9%	7	21%	5	15%	6	18%	4	12%	
[40-50[	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
[50-60]	5	9%	1	20%	0	0%	2	40%	1	20%	1	20%	0	0%		
[21-55]	53	100%	14	26%	3	6%	12	23%	7	13%	11	21%	6	11%		

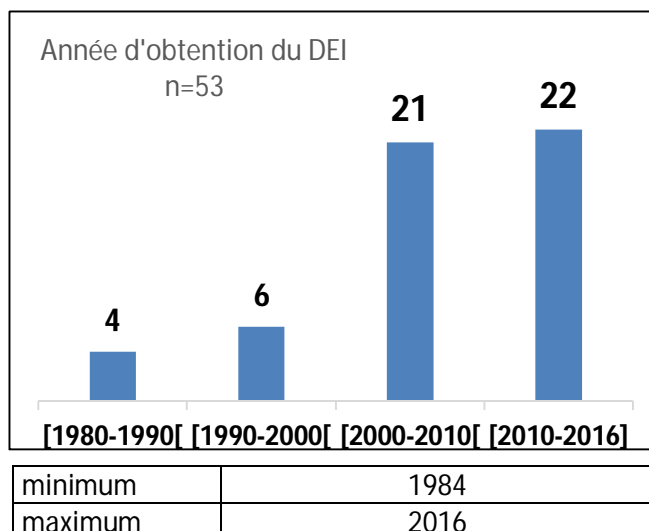


• RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR ANNÉE D'OBTENTION DU DEI

Concernant l'année d'obtention du Diplôme d'État Infirmier (DEI), j'ai choisi des tranches d'années. Les 53 infirmiers ont obtenu leur DEI entre 1984 et 2016. La majorité a obtenu son diplôme entre les années 2000 et 2016 soit plus de 81%. A noter également que 39,42% des infirmiers ont été diplômés entre 2000 et 2010 et que 41,52% d'entre eux l'ont été entre 2010 et 2016. Les IDE ont tous répondu à cette question.

Année d'obtention du DEI		
Intervalle (années)	Part des effectifs	Pourcentage de la population
[1980-1990[	4	7,54
[1990-2000[	6	11,32
[2000-2010[	21	39,62
[2010-2016]	22	41,52
total	53	100%

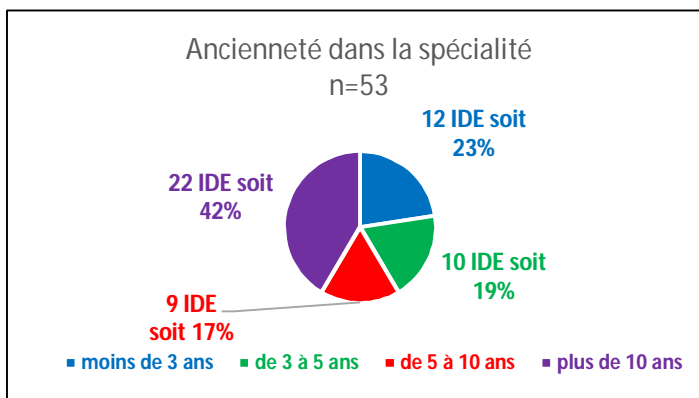
tendance centrale	
moyenne	2006
médiane	2008
mode	2005



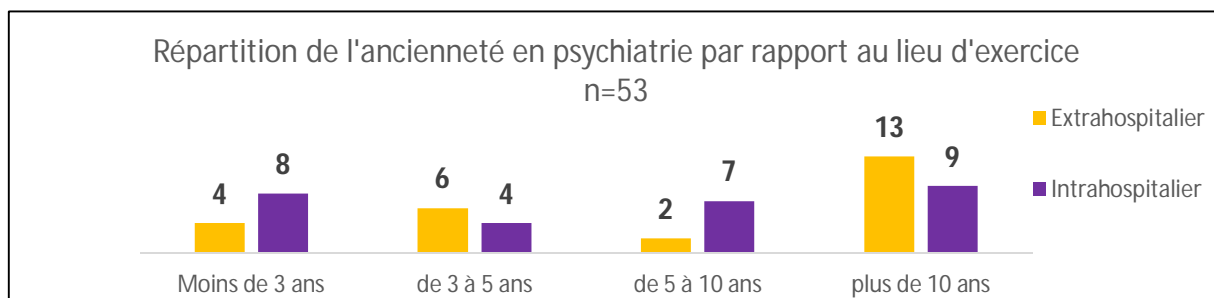
• RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DE L'EXPERIENCE EN PSYCHIATRIE

La majorité d'entre eux (22 infirmiers) ont une expérience de la psychiatrie de plus de 10 ans (soit 42%). 9 IDE ont une expérience comprise entre 5 et 10 ans (soit 17%) lorsque 10 IDE en ont une comprise entre 3 et 5 ans (soit 19%). Notons que 23% des infirmiers ont une expérience de la spécialité inférieure à 3 ans (soit 12 IDE). Les IDE ont tous répondu à cette question.

Ancienneté dans la spécialité		
tranche	Nombre d'IDE	% de la population
moins de 3 ans	12	23%
de 3 à 5 ans	10	19%
de 5 à 10 ans	9	17%
plus de 10 ans	22	42%
total	53	100%

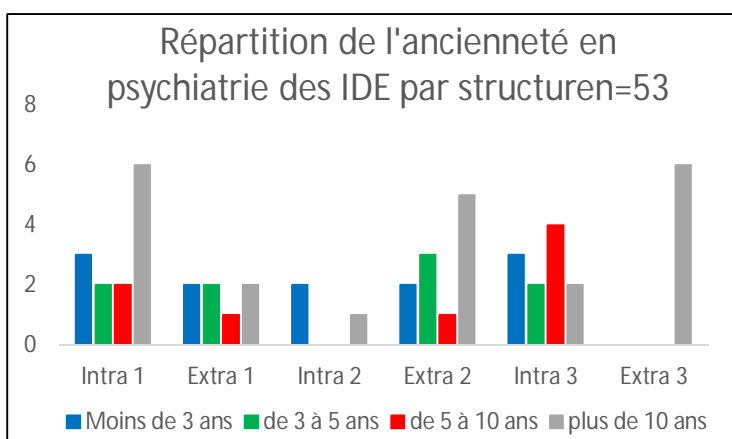
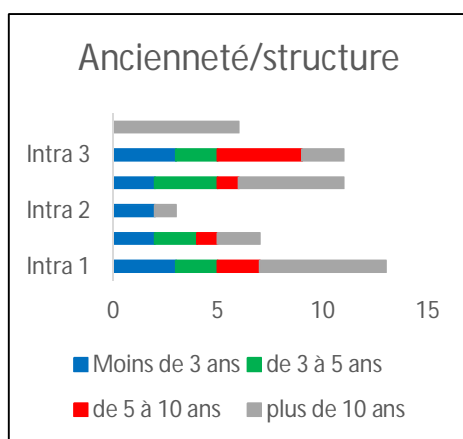


En regardant à la fois l'ancienneté dans la spécialité et le lieu d'exercice, nous observons que les infirmiers les plus expérimentés sont en extrahospitalier et les moins expérimentés en intra hospitalier.



La répartition de la population IDE au regard de son ancienneté par rapport à la spécialité de psychiatrie par rapport à son lieu d'exercice est présentée dans le tableau ci-dessous.

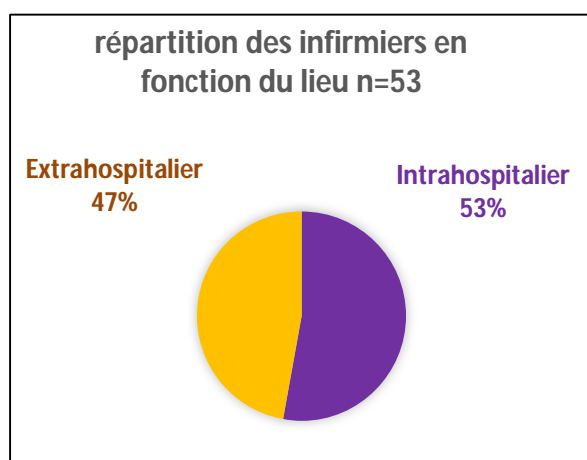
Répartition de la population IDE au regard de son expérience Psy / structure (n=53)						
Ancienneté/Psy	Intra 1	Extra 1	Intra 2	Extra 2	Intra 3	Extra 3
Moins de 3 ans	3	2	2	2	3	0
de 3 à 5 ans	2	2	0	3	2	0
de 5 à 10 ans	2	1	0	1	4	0
plus de 10 ans	6	2	1	5	2	6



• RÉPARTITION DE LA POPULATION INTRAHOSPITALIER/EXTRAHOSPITALIER

La population des 53 infirmiers est répartie comme suit : 53% des infirmiers exercent aujourd'hui en intra hospitalier (soit 28 IDE) et 47% d'entre eux exercent en extrahospitalier. Les IDE ont tous répondu à cette question.

Répartition de la population n=53 en fonction du lieu d'exercice		
Lieu	Nombre d'IDE	% de la population
extrahospitalier	25	47%
intra hospitalier	28	53%
total	53	100%



La présentation du talon m'a permis de caractériser la population interrogée. Je vous présente maintenant les réponses des infirmiers question par question.

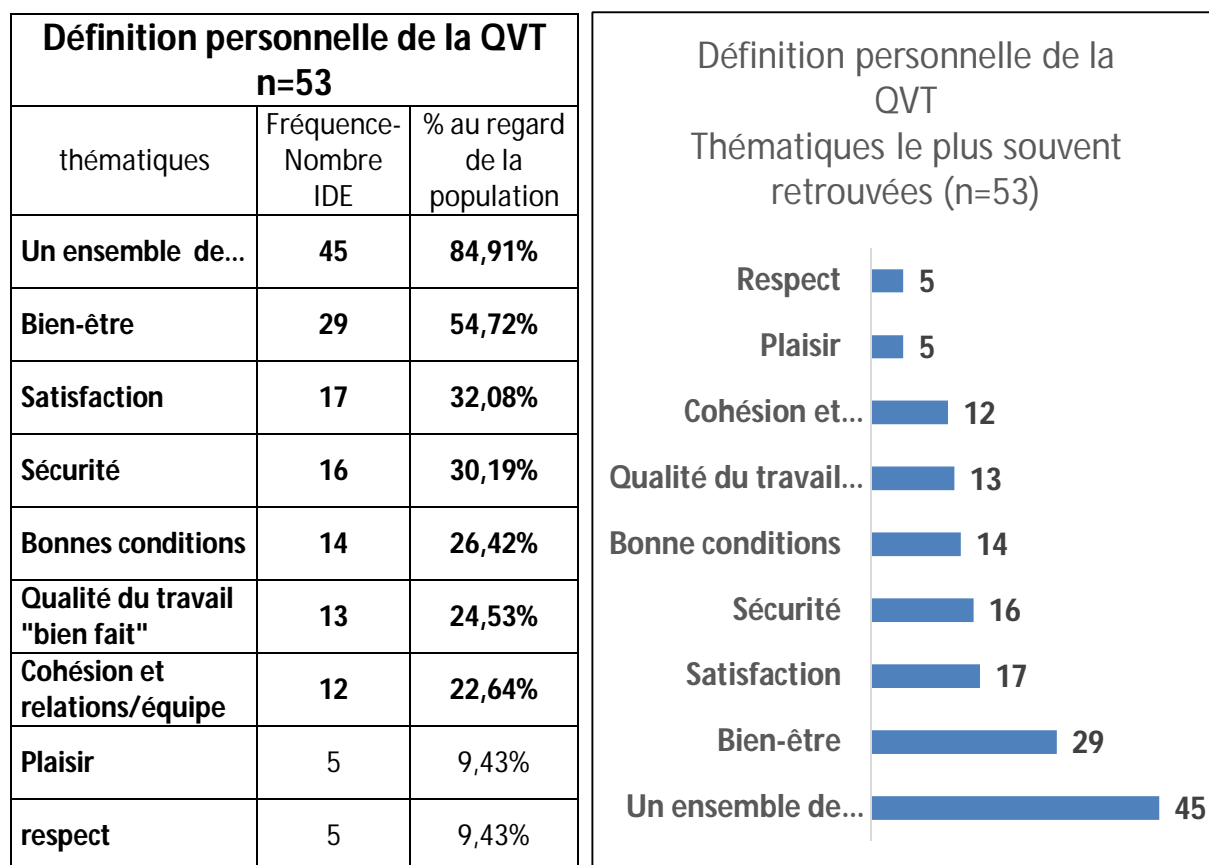
QUESTION 1 : Réponses des infirmiers

La première question était la suivante : qu'évoque pour vous la qualité de vie au travail ? Quelle en serait votre définition ?

Les infirmiers ont tous répondu à cette question. L'ensemble de leurs réponses est présenté dans l'[annexe 4](#). Les définitions sont toutes différentes.

Je propose de présenter les thématiques les plus souvent retrouvées. Le regroupement par thématique par réponse et par infirmier est présenté dans l'[annexe 4 bis](#).

45 IDE définissent la QVT comme « un ensemble de plusieurs facteurs » soit 84,91% de la population. Nous retrouvons par ordre décroissant la notion de « bien-être » à 54,72% (soit pour 29 IDE sur 53), puis la notion de « satisfaction » à 32,08% (soit pour 17 IDE) et celle de la « sécurité » à 30,19%. Ensuite c'est la notion de « bonnes conditions » à 26,42%, puis celle du « travail bien fait » à 24,53% et l'« équipe » (dans le sens des relations et de la cohésion) à 22,64%. Enfin, les notions de « plaisir » et de « respect » représentent chacune 9,43% des réponses.



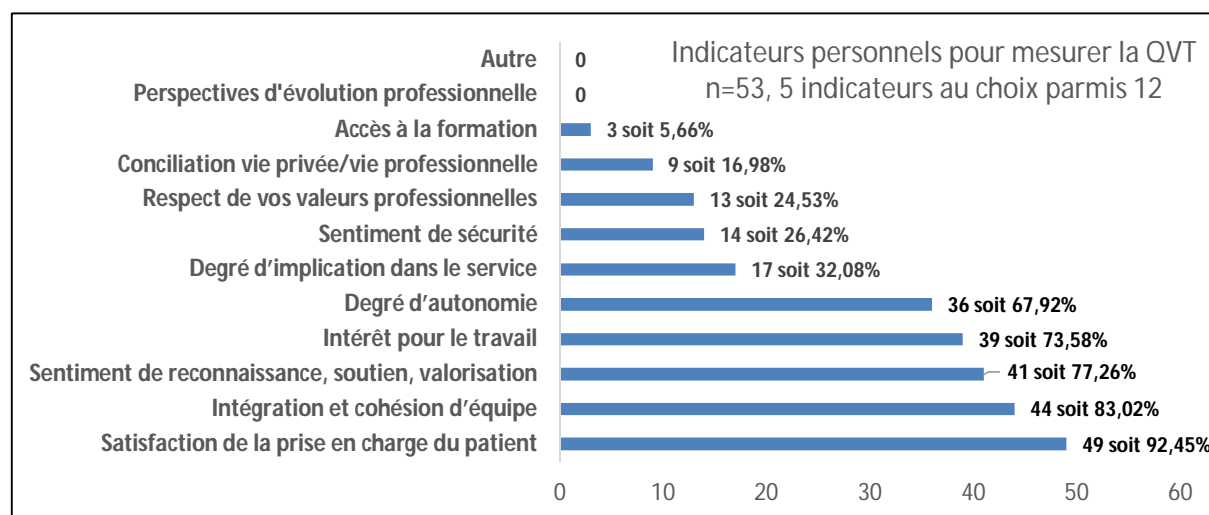
Définition de la QVT par les IDE au regard du lieu d'exercice							
thématiques	Intra 1	Extra 1	Intra 2	Extra 2	Intra 3	Extra 3	Total
Un ensemble de...	11	6	2	10	10	6	45
Bien-être	8	3	2	7	7	2	29
Satisfaction	3	1	1	1	8	3	17
Sécurité	4	2	1	4	3	2	16
Bonnes conditions	3	3	2	2	1	3	14
Qualité du travail "bien fait"	1	0	1	6	4	1	13
Cohésion et relations/équipe	8	0	1	2	0	1	12
Plaisir	0	2	0	1	0	2	5
Respect	2	0	0	1	0	3	5

QUESTION 2 : Réponses des infirmiers

La question « selon vous, votre QVT se mesure à : » porte sur la mesure personnelle de la QVT pour l'infirmier selon ses indicateurs prioritaires parmi: intégration et cohésion d'équipe, intérêt pour le travail, sentiment de sécurité, satisfaction de la prise en charge du patient, sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, conciliation vie privée/vie professionnelle, degré d'implication dans le service, degré d'autonomie, perspective d'évolution professionnelle, accès à la formation, respect de vos valeurs professionnelles et autre. Tous les infirmiers ont répondu à cette question, en se limitant bien tous à 5 réponses et en n'en donnant pas moins (comme précisé par mes soins). Aucun infirmier n'a choisi « autre ». L'ensemble des réponses par infirmier est présenté dans l'**annexe 5**.

Je présente les résultats par ordre décroissant. En premier, nous retrouvons la « satisfaction de la prise en charge du patient » à 92,45% (soit pour 49 IDE sur 53). L'« intégration et cohésion d'équipe » est l'indicateur qui suit de près à 83,02%. Nous retrouvons ensuite le « sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation » à 77,36% et l'« intérêt pour le travail » à 73,58% suivi de près par le « degré d'autonomie » à 67,92%. Enfin suivent le « degré d'implication dans le service », le « sentiment de sécurité » et le « respect de vos valeurs professionnelles ». La « conciliation vie privée/vie professionnelle » est un indicateur prioritaire uniquement pour 9 IDE soit 16,98% et l'« accès à la formation » pour 3 IDE soit 5,66%. La « perspective d'évolution professionnelle » n'a été retenue par personne.

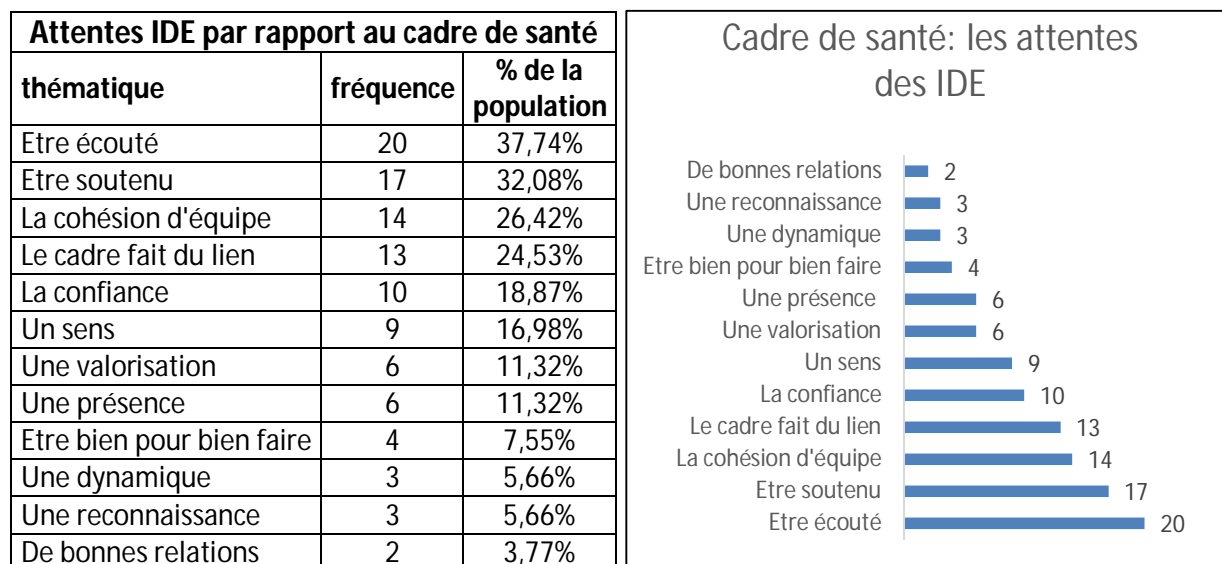
Indicateurs personnels des IDE pour mesurer leur QVT		
indicateurs	Nombre de réponses	% de la population
Satisfaction de la prise en charge du patient	49	92,45%
Intégration et cohésion d'équipe	44	83,02%
Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation	41	77,36%
Intérêt pour le travail	39	73,58%
Degré d'autonomie	36	67,92%
Degré d'implication dans le service	17	32,08%
Sentiment de sécurité	14	26,42%
Respect de vos valeurs professionnelles	13	24,53%
Conciliation vie privée/vie professionnelle	9	16,98%
Accès à la formation	3	5,66%
Perspectives d'évolution professionnelle	0	0,00%
Autre	0	0,00%



QUESTION 3 : Réponses des infirmiers

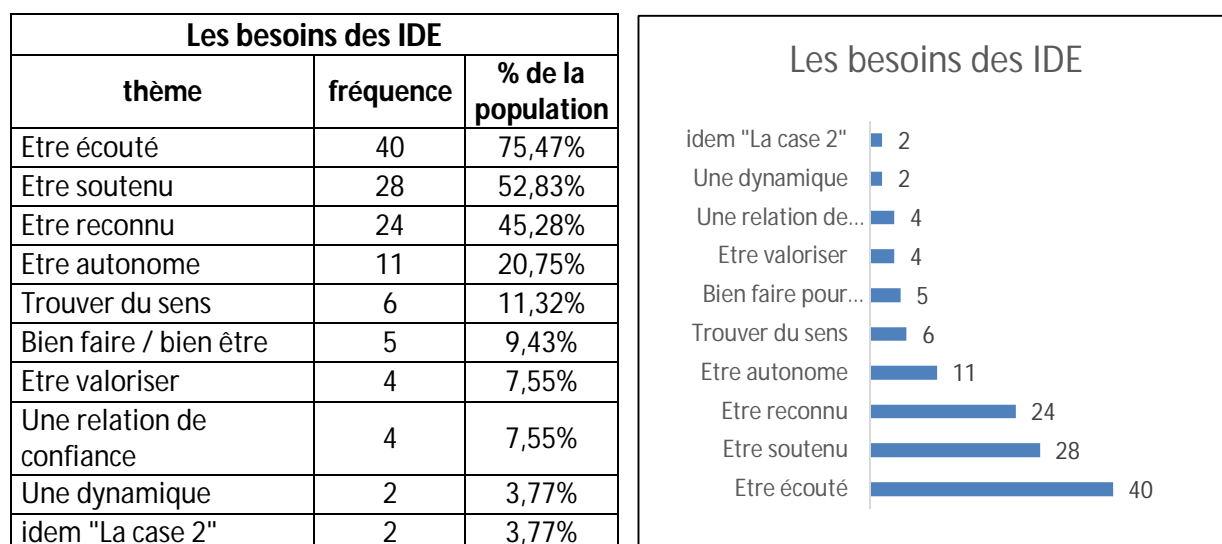
Cette question « quelles sont vos attentes concernant votre cadre de proximité ? » interroge les infirmiers sur leurs attentes. L'ensemble des résultats par infirmier est présenté en [annexe 6](#). Tous les infirmiers ont répondu.

Cette question est ouverte, je choisis de présenter les résultats par thématiques. Le tableau suivant présente les résultats. En premier, à 37,74% les IDE attendent d'être écoutés puis soutenus (32,08%). 26,42% des IDE attendent une cohésion d'équipe et que le cadre fasse du lien à 24,53%. Ensuite, les infirmiers attendent confiance, sens et valorisation. Ils attendent un management présent.



QUESTION 4 : Réponses des infirmiers

Cette question « quels sont vos besoins » a toujours trouvé une réponse. L'ensemble des réponses par infirmier est présenté en [annexe 7](#). Cette question est ouverte, je choisis de présenter les résultats par thématique. Tous les infirmiers ont répondu. En premier, nous retrouvons le besoin d'être écouté à 75,47% soit pour 40 IDE sur 53. Ensuite vient le besoin d'être soutenu à 52,83% et le besoin d'être reconnu à 45,28%. Le besoin d'autonomie est mentionné par 20,75% des IDE. Enfin nous notons les besoins de trouver du sens, bien faire pour bien être, être valorisé, avoir une relation de confiance. Remarquons que pour 2 infirmiers, cette question a la même réponse que la question 2.

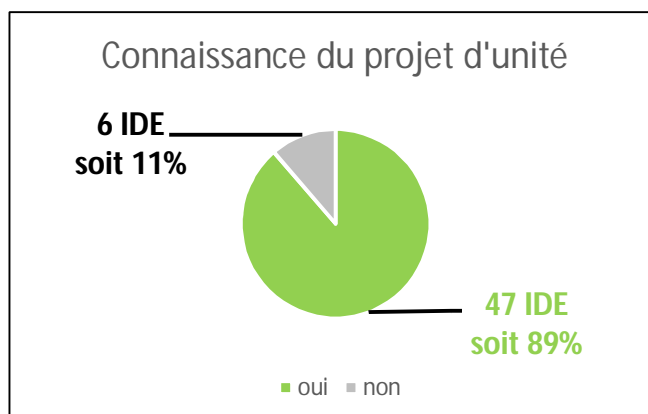


QUESTION 5 : Réponses des infirmiers

Cette question concerne le projet d'unité où exerce l'infirmier. Elle est composée de trois sous-questions fermées sur la connaissance, la participation et la co-construction. L'ensemble des réponses par infirmier est présenté en [annexe 8](#). Tous les infirmiers ont répondu à cette question.

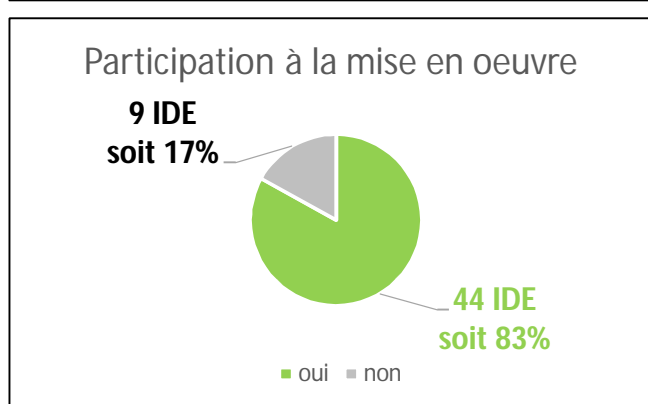
Connaissance du projet d'unité		
Réponse	Nombre IDE	% de la population
Oui	47	89%
Non	6	11%
Total	53	100%

89% des infirmiers déclarent connaître le projet de l'unité où ils exercent. Soit 47 IDE sur 53.



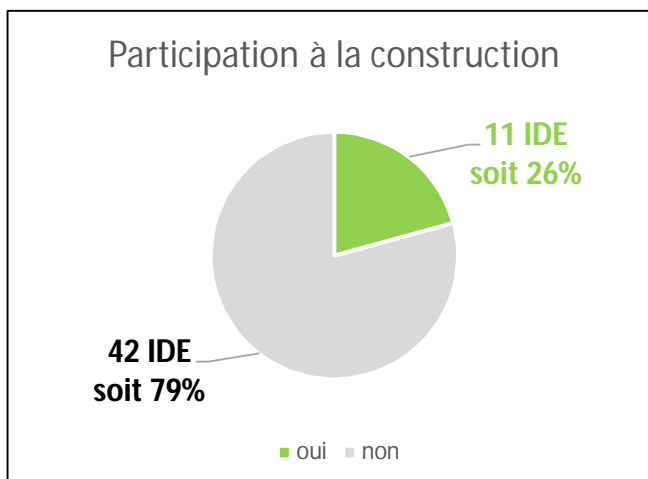
Participation à sa mise en œuvre		
Réponse	Nombre IDE	% de la population
Oui	44	83%
Non	9	17%
Total	53	100%

83% des infirmiers déclarent participer à la mise en œuvre du projet de leur unité, soit 44 IDE sur 5.



Participation à la construction		
Réponse	Nombre IDE	% de la population
Oui	11	26%
Non	42	79%
Total	53	100%

26% des infirmiers interrogés déclarent ne pas participer à la construction du projet d'unité soit 42 IDE sur 53. Ainsi, seulement 11 IDE affirment participer à sa construction soit 26%.



Répartition des réponses par Hôpital et par structure (n=53)								
lieu	Structure	Nombre IDE par structure	Connaissance du projet		Participation à la mise en œuvre du projet		Participation à la construction du projet	
			oui	non	oui	non	oui	non
H1	Intra 1	14	11	3	10	4	5	9
	Extra 1	7	7	0	6	1	4	3
H2	Intra 2	3	1	2	1	2	0	3
	Extra 2	11	11	0	10	1	2	9
H3	Intra 3	12	11	1	11	1	0	12
	Extra 3	6	6	0	6	0	0	6
total	total	53	47	6	44	9	11	42

Un cadre libre

Un cadre libre intitulé « Vos remarques sont les bienvenues » est présenté en fin du questionnaire. L'ensemble des réponses par infirmier est présenté dans l'[annexe 9](#). 4 infirmiers sur 53 ont utilisé cet espace soit 7,5%. Ces infirmiers exercent dans l'Hôpital 1, 3 infirmiers d'intra hospitalier et 1 infirmier d'extrahospitalier. Les autres n'ont pas répondu, soit 92,5%.

- L'IDE 3 déclare : « en fait la charge de travail et **le travail en lui-même a beaucoup changé**, beaucoup trop d'administratif et **ça me frustre et me rend indisponible** (voir aigrie) dans mes relations avec les patients ».
- L'IDE 7 s'exprime ainsi : « les grandes lignes du projet de l'unité sont mises à disposition de l'équipe au moment des notations. **L'équipe n'est pas concernée pour l'élaboration du projet et ou groupe de travail. Il faut soutenir les agents motivés** ».
- L'IDE 11 précise : « compte tenu de la charge de travail de certains services, **la cohésion de l'équipe est importante** et la possibilité de prendre un peu de temps pour se retrouver dans un moment agréable ou de **proposer un temps de discussion** peut je pense et espère que cela peut limiter les tensions ou la possibilité d'avoir une vraie pièce de repas ou pouvoir s'isoler et se recentrer sur soi ».
- L'IDE 15 souligne que « la QVT est de plus en plus dure à maintenir, en effet la politique gouvernementale a un impact direct sur nos pratiques (restriction de budget, DMS, rentabilité...). **Manque de valorisation du personnel, en psychiatrie les patients nous prennent souvent en mauvais objet et ça peut être compliqué à gérer sur une longue période** ».

La présentation des résultats pour les infirmiers est terminée. Je vous présente maintenant les résultats des entretiens que j'ai réalisés avec les cadres de santé du 14 mars au 10 avril 2017.

5.1.2 Résultats des entretiens menés avec les cadres de santé

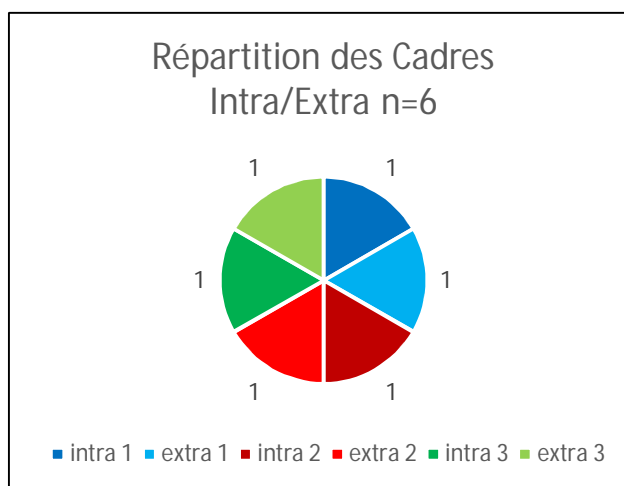
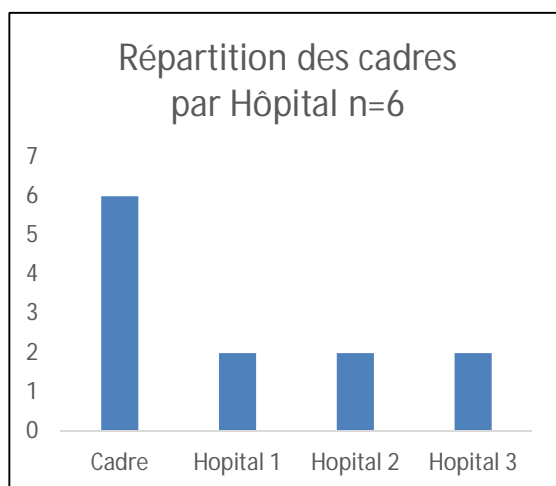
Je vais tout d'abord vous présenter le talon des entretiens, qui me permettra d'analyser les réponses. Ensuite je vous présenterai les réponses question par question.

Présentation des talons

L'ensemble des talons sont présentés dans l'[annexe 10](#). J'en propose un éclairage.

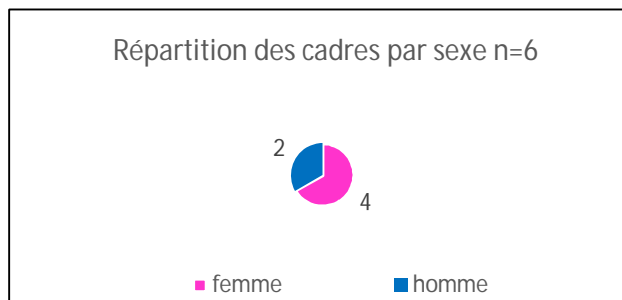
- **LIEU D'EXERCICE**

La population cible interrogée est de 6 cadres. 2 exercent à l'Hôpital 1 (1 en intra hospitalier et 1 en extrahospitalier), 2 exercent à l'Hôpital 2 (1 en intra hospitalier et 1 en extrahospitalier) et enfin 2 exercent à l'Hôpital 3 (1 en intra hospitalier et 1 en extrahospitalier).



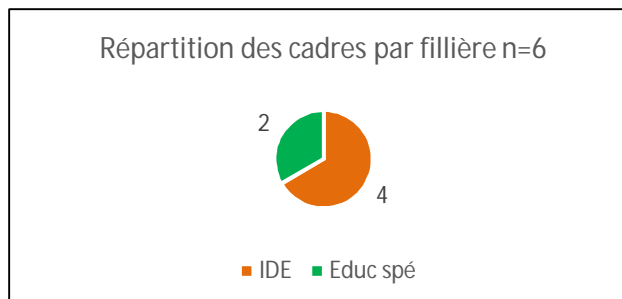
- **REPARTITION DE LA POPULATION DES CADRES PAR SEXE**

Sur les 6 cadres interrogés, 4 sont des femmes soit 66,66% et 2 sont des hommes soit 33,33%



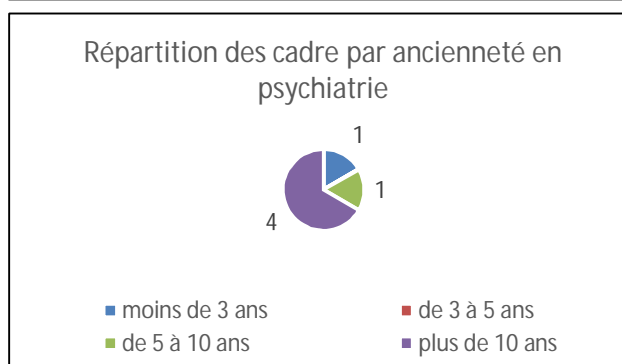
- **REPARTITION DES CADRES PAR FILIERE D'ORIGINE**

Sur les 6 cadres, quatre sont de la filière « infirmière » soit 66,66% et deux sont de la filière « éducateur spécialisé » soit 33,33%.



- **REPARTITION DES CADRES PAR DIPLOME**

4 cadres sont diplômés « cadre de santé », 1 est un cadre socio-éducatif. Un éducateur spécialisé fait aujourd'hui fonction de cadre de santé.



- **REPARTITION DES CADRES PAR ANCIENNETE DANS LA SPECIALITE**

4 cadres sur 6 ont une expérience de la psychiatrie supérieure à 10 ans. 1 cadre à une expérience de moins de 3 ans. Enfin un cadre à une expérience de la spécialité comprise entre 5 et 10 ans.

- **QUALIFICATION DE LA POPULATION DE CADRES RENCONTRES**

Cadre	H	lieu	type unité	sexe	diplôme CDS	Filière diplôme	Ancienneté dans la spécialité	Nombre d'agents	entretien
CDS 1	1	Intra 1	hospi adulte 20 lits	femme	2016	IDE 2005	11 ans	19	14/03/2017 Bureau unité 30 min 38 enregistrement
CDS 2	1	Extra 1	1 CMP 1 HDJ	femme	FF	Educateur spécialisé CAFERIUS 2004	12 ans	21	bureau hors unité 14/03/2017 26 min 32 enregistrement
CDS 3	2	Intra 2	hospi adulte 20 lits	femme	2001	IDE 1991	16 ans	20	Bureau unité 03/04/2017 25 min 57 enregistrement
CDS 4	2	Extra2	1 HDJ 1 HDN 1 CMP	homme	Cadre socio-éducatif 2005	Educateur spécialisé 1999	5 ans	17	Bureau hors unité 03/04/2017 24 min 06 enregistrement
CDS 5	3	Intra 3	1 CMP 1 CMP	homme	2016	IDE / 2009	1 ans	18	Bureau hors unité 10/04/2017 manuscrit
CDS 6	3	Extra 3	hospi adulte 20 lits	femme	2013	IDE / 2004	13 ans	19	Bureau hors unité 10/04/2017 manuscrit

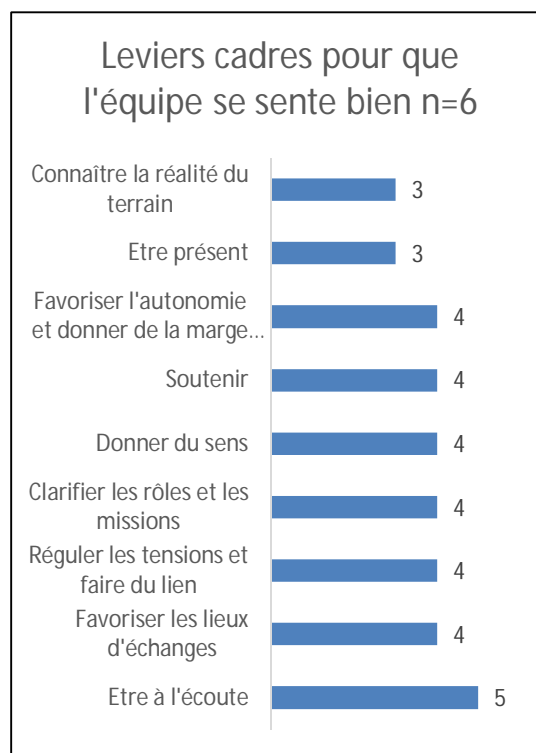
Après avoir qualifié la population des 6 cadres, je vous présente les résultats question par question.

Question 1 : Réponse des cadres

La question 1 était « comment faites-vous pour que l'équipe se sente bien ? ». Les 6 cadres ont répondu. L'ensemble de leurs réponses est présenté dans l'[annexe 11](#).

Pour présenter les résultats j'ai choisi de travailler par thématique d'action. Ainsi apparaissent majoritairement 9 actions que le cadre peut mettre en place pour favoriser le bien-être de l'équipe dont il est responsable. Ainsi, l'action qui est la plus représentée est « être à l'écoute », 5 cadres l'ont spontanément abordée soit 83,33% de la population interrogée. Le tableau ci-dessous présente les autres actions majoritairement citées : « favoriser les lieux d'échanges », « réguler les tensions et faire du lien », « clarifier les rôles et les missions », « donner du sens », « soutenir », « favoriser l'autonomie et donner de la marge de manœuvre », « être présent » et enfin « connaître la réalité du terrain ».

Leviers cadre pour le bien-être		
Actions	Nombre de CDS	% de la population
Etre à l'écoute	5	83,33%
Favoriser les lieux d'échanges	4	66,67%
Réguler les tensions et faire du lien	4	66,67%
Clarifier les rôles et les missions	4	66,67%
Donner du sens	4	66,67%
Soutenir	4	66,67%
Favoriser l'autonomie et donner de la marge de manœuvre	4	66,67%
Etre présent	3	50,00%
Connaître la réalité du terrain	3	50,00%

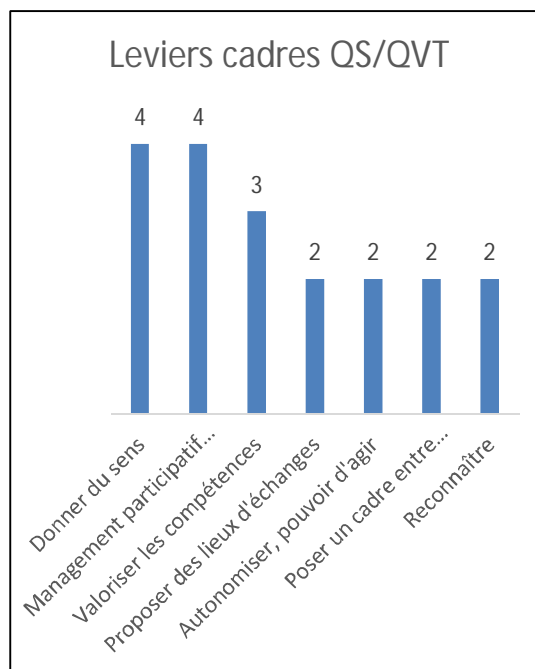


Question 2 : Réponse des cadres

La question 2 que j'ai proposée aux cadres était « comment conciliez-vous performance économique et performance sociale ? ». Tous les cadres ont bien voulu répondre. L'ensemble de leurs réponses est présenté dans l'[annexe 12](#).

J'ai choisi de regrouper les réponses par grandes thématiques. Ainsi, sont présentés ci-après les 7 leviers que les cadres ont majoritairement déclarés. Pour 4 cadres sur les 6 interrogés, l'action la plus efficace pour allier qualité des soins et QVT est de « donner du sens », autant précisent adopter un « management participatif qui tend vers le situationnel ». Pour 3 cadres, c'est « valoriser les compétences » qui permet de concilier les deux notions. Enfin 4 autres actions sont proposées, déclarées respectivement à chaque fois par au moins 2 cadres : « proposer des lieux d'échanges », « autonomiser (Pouvoir d'agir) », « poser un cadre entre négociable/non négociable » ou encore « reconnaître » professionnellement leurs agents.

Leviers du cadre pour concilier Qualité des soins et QVT		
Actions	Nombre De CDS	% de la population
Donner du sens	4	66,67%
Management participatif vers le situationnel	4	66,67%
Valoriser les compétences	3	50,00%
Proposer des lieux d'échanges	2	33,33%
Autonomiser (Pouvoir d'agir)	2	33,33%
Poser un cadre entre négociable/non négociable	2	33,33%
Reconnaître	2	33,33%

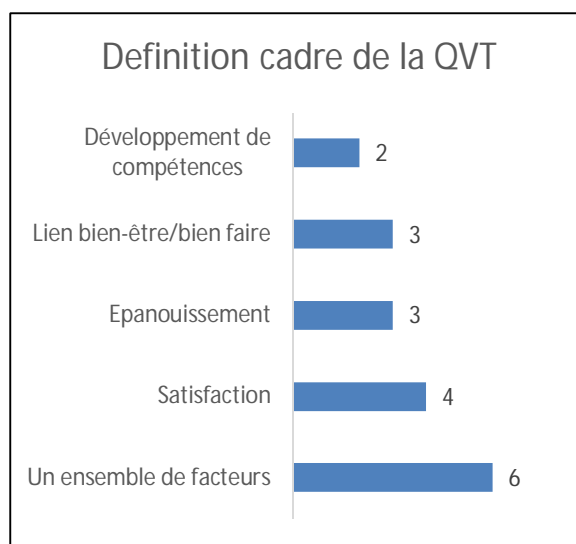


Question 3 : Réponses des cadres

La question 3 interrogeait les cadres sur « qu'évoque pour vous la qualité de vie au travail ? ». L'ensemble des cadres ont bien voulu répondre et ont tous défini la QVT comme un ensemble de facteurs. L'ensemble de leurs réponses est présenté dans l'[annexe 13](#).

J'ai choisi de présenter les thèmes les plus représentatifs. Nous retrouvons d'abord la « satisfaction » (66,67%), puis l'« épanouissement » (50%). La moitié des cadres la définissent comme une interaction entre le « bien faire » et le « bien-être ». Enfin, 2 cadres l'ont définie comme « développement de compétences ».

Définition cadre de la QVT		
thème	fréquence	% de la population
Un ensemble de facteurs	6	100,00%
Satisfaction	4	66,67%
Epanouissement	3	50,00%
Lien bien-être/bien faire	3	50,00%
Développement des compétences	2	33,33%

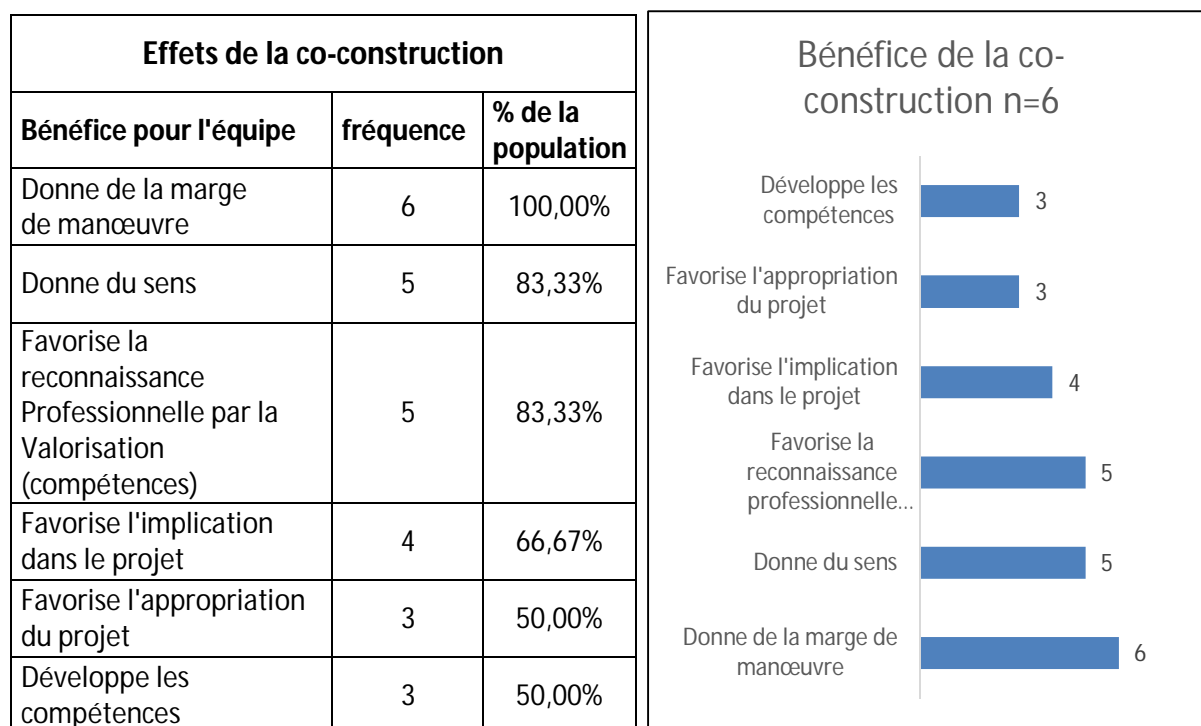


Question 4 : Réponse des cadres

La question 4 interroge les cadres sur mon hypothèse de travail, « la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients » et je leur ai demandé ce qu'il en pensait de manière complètement libre. Les 6 cadres interrogés se sont exprimés. L'ensemble de leurs réponses est présenté dans l'[annexe 14](#).

La totalité des cadres déclarent co-construire avec leur équipe. En ce qui concerne le projet d'unité, ils spécifient que c'est une déclinaison du projet médical qui n'est pas vraiment formalisé. Pour la totalité d'autres eux, les objectifs du projet d'unité sont formalisés par l'encadrement et qu'il n'est pas question de co-construire avec l'équipe sur ce point. Par contre ils sont unanimes, en ce qui concerne la co-construction avec l'équipe dans la mise en œuvre de celui-ci. Ainsi, les 6 cadres co-construisent avec leurs équipes les moyens, le chemin pour arriver à l'objectif. Ils utilisent tous le même outil : le groupe de travail. Ils soulignent tous son caractère tant essentiel que chronophage.

J'ai choisi de regrouper par thèmes prédominants les bénéfices de la co-construction à la fois sur la QVT et sur la qualité des soins. Tous s'accordent sur le fait que c'est un moyen de « donner de la marge de manœuvre ». Pour 5 cadres, elle permet de « donner du sens », encore une fois pour 5 cadres elle permet de « favoriser la reconnaissance professionnelle par la valorisation des compétences ». Pour 4 cadres elle « favorise l'implication » de l'équipe dans le projet, et pour 3 cadres la co-construction permet l'« appropriation » du projet par le personnel. Enfin, la moitié des cadres sollicités déclarent que la co-construction permet le « développement des compétences ».



Les résultats ont été présentés. Ils me permettent maintenant de vous en proposer une analyse.

5.2 Analyse des résultats

L'analyse des résultats est une étape importante de la recherche. Il s'agit désormais de constater si les résultats observés correspondent bien aux résultats attendus par les hypothèses. Je vous propose de vous présenter tout d'abord les besoins et les attentes des infirmiers. Puis nous verrons comment les cadres proposent d'y répondre. Enfin je traiterai à proprement parler de la co-construction. Je tenterai de vérifier si les cadres co-construisent avec leur équipe. Puis je m'intéresserai à la co-construction du projet d'unité. Enfin, je tenterai de vérifier mon hypothèse, pour savoir si la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé avec l'équipe est bien en faveur de la QVT pour les professionnels au service de la qualité des soins pour les patients.

5.2.1 Les IDE : définition de la QVT, besoins et attentes

La population est plutôt homogène. Si l'on retrouve plus d'IDE expérimentés en extra hospitalier et les plus jeunes en intra hospitalier, les réponses ne sont pas significativement différentes. Je n'explique pas l'absence d'IDE de la classe d'âge des 40-50ans, peut-être n'ont-ils pas souhaité répondre ou alors cette classe d'âge n'est vraiment pas représentée sur le terrain. Quelques disparités légèrement significatives seront tout de même notées lorsque cela sera nécessaire. Je n'évoquerai pas dans cette partie les réponses concernant le projet d'unité car ce sujet intéresse la troisième partie. L'analyse des 3 premières questions me permet de dégager 5 axes majeurs d'analyse : l'importance du « bien faire » pour le « bien-être », un climat serein de travail, trouver du sens au travail, être autonome et se sentir valorisé.

D'une perception individuelle vers une définition collective :

Pour les IDE, la QVT c'est le bien-être au travail

Nous ne retrouvons aucune différence significative dans les réponses même si les hommes semblent légèrement écrire moins de mots que les femmes. La qualité de vie au travail est pour les infirmiers quelque chose de personnel. Nous retrouvons 53 définitions pour 53 infirmiers interrogés. Ils parlent des « conditions de travail », d'un « effectif suffisant », d'une « cohésion d'équipe », de « moyens financiers », de l'« environnement », de la « formation », de l'« investissement », de l'« implication », ou encore du « respect mutuel entre les professionnels ». Une majorité plus que significative (84,91%) de la population la définit avec au moins deux notions différentes. Le mot « ensemble des conditions... » est présent dans de nombreuses réponses. Seulement 8 IDE définissent la QVT par une seule notion, et sur ces 8 IDE c'est la notion de « bien-être » ou de « satisfaction » qui est posée. Notons que la question était ouverte, ce qui favorise aussi la multitude des réponses. Ces résultats semblent toutefois déjà confirmer que la qualité de vie au travail est d'une part une notion aux multiples facettes, et d'autre part qu'elle naît bien de perceptions individuelles. Cependant, afin de pouvoir tenter de cerner une définition collective, j'ai codé les réponses obtenues par thème. Ainsi c'est la notion de « bien-être » qui revient majoritairement (54,72%) suivie des notions de « satisfaction » (32,08%) et de « sécurité » (30,19%). Spontanément ils sont 24,53% à relier la QVT au « travail bien fait » ce qui est en accord avec le principe de d'interdépendance entre qualité des soins et QVT.

Ces réponses de première intention m'ont permis de cerner leur vision de la QVT. Les autres questions me permettent d'affiner, de vérifier et de confronter ces réponses avec celles des cadres de santé interrogés. Je cherchais un moyen de mesurer leur qualité de vie au travail par plusieurs entrées possibles : questions ouvertes, définition, indicateurs prioritaires... et je cherchais des pistes pour des actions managériales en regard. J'ai eu beau croiser les données dans tous les sens, les thèmes les plus fréquents revenaient sans cesse. La différence est sur le choix individuel de la dénomination : définition, indicateur, besoin ou attente. Quelques tendances se dessinent mais rien de pertinent. Par exemple, les IDE les plus expérimentés semblent réclamer plus d'autonomie que les jeunes professionnels, mais ces derniers en font quand même un indicateur prioritaire.

Pas de « bien-être » sans « bien faire »

La satisfaction de la prise en charge du patient est l'indicateur prioritaire exprimé par des IDE en matière de mesure de leur QVT personnelle (92,45% soit 49 IDE sur 53), et ce quels que soient l'âge, l'ancienneté dans la spécialité ou encore le lieu d'exercice de la population. Ce résultat est en faveur de l'importance du travail dans le bien-être au travail. Ainsi les IDE semblent nous dire « pas de bien-être sans le bien faire ». C'est intéressant car il est possible pour le cadre de santé d'agir sur le bien faire. Le problème est le caractère individuel de la notion de perception du travail « bien fait ». Ici nous pouvons penser qu'il est important de s'entendre sur une définition commune de la qualité des soins. Le « bien faire » est le critère majeur pour cette population. Mais nous ne le retrouvons jamais dans les attentes vis-à-vis de l'encadrement et uniquement pour 4 IDE dans les besoins exprimés. Donc, soit il s'agit d'un principe de fait et ce n'est pas là qu'ils attendent une action cadre, soit d'autres besoins ou attentes plus urgents sont identifiés. Pour 73,58% des IDE, l'intérêt pour le travail permet de définir leur QVT. Nous retenons que si le bien faire est la condition première de la QVT ce n'est pas un besoin prioritaire pour les IDE interrogés.

L'équipe : la puissance du collectif

Les réponses des infirmiers (de manière uniforme au regard de la population interrogée) montrent à quel point le climat du service est important pour eux. 12 IDE parlent de « cohésion d'équipe » et de « bonnes relations au sein de l'équipe » dès la définition de la notion de QVT. Pour l'ensemble des IDE, « l'intégration et la cohésion d'équipe » est l'indicateur qui vient en deuxième après la satisfaction de la prise en charge du patient (83,02%). Ils sont 14 à en faire leur priorité dans leurs attentes auprès de l'encadrement. Nous pouvons penser qu'ils identifient le cadre de santé à la fois comme le garant de la cohésion de l'équipe mais également garant de la dynamique d'équipe. Nous y ajoutons 13 autres qui attendent du cadre qu'il fasse le lien entre les professionnels. Un IDE parle du cadre comme du « ciment de l'équipe ». Ils sont 5 à souligner que la dynamique impulsée par le cadre est en faveur de la cohésion d'équipe. Des réponses plus personnelles permettent de rendre concret cet indicateur. Les IDE attendent un cadre présent, qui sait prendre des décisions et qui gère les conflits en apaisant les tensions. Il est aussi précisé que le cadre doit « encadrer ». La notion est aussi claire que vague et donc ininterprétable. Soulignons que les IDE évoquent pour l'instant le patient (qualité du travail) et l'équipe (collectif) et pas encore, majoritairement parlant, de besoins ou de critères qui les visent eux directement. Ils semblent pour le moment ne pas se mettre en avant. Politiquement correct ou altruisme ? L'IDE de psychiatrie résumerait-il son bien-être par le travail bien fait et la dynamique d'équipe ? Ferait-il passer les besoins du patient et de l'équipe avant les siens ? A la lecture des différentes réponses je pense qu'ils cheminent par étape : La QVT c'est le bien-être et le bien faire, le bien faire c'est dur, alors pour que ce soit « supportable » il faut être dans une équipe. Si je ne me trompe pas, la cohésion d'équipe serait ici une ressource. Je rapproche leurs réponses des apports du concept des ressources psychosociales. Pour continuer dans cette voie, le besoin majeur des IDE interrogés est : « se sentir écoutés, soutenus, reconnus et valorisés ». La reconnaissance est un principe fondamental dans la construction à la fois de l'identité professionnelle et du bien-être au travail.

Les IDE ont besoin d'être écoutés, soutenus, reconnus et valorisés

« Le sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation » est l'indicateur qui arrive en n°3 selon les IDE pour mesurer leur QVT (pour 41 IDE soit 77,26% de la population interrogée). Notons que c'est le thème qui revient le plus à la fois dans leurs attentes vis-à-vis de leur cadre de santé et dans leurs besoins personnels généraux. 40 IDE ont particulièrement déclaré avoir besoin d'être écoutés et 20 font un lien direct avec le cadre de santé dans leurs réponses. 28 IDE déclarent avoir besoin de soutien (par l'encadrement) et 17 précisent dans leurs réponses qu'ils attendent que le cadre les soutienne. Le besoin de reconnaissance est spontanément évoqué 24 fois, par contre nous ne le retrouvons pas dans les attentes concernant le cadre de santé. Comment expliquer cela ? Ou bien le cadre reconnaît et ce n'est pas une attente, ou ils attendent une reconnaissance de quelqu'un d'autre. Uniquement 4 IDE évoquent le besoin d'être valorisés et seulement 6 l'identifient comme quelque chose qu'ils attendent du cadre. Nous retenons que le sentiment de « reconnaissance, soutien, valorisation » est un critère

majeur dans l'évaluation de la QVT pour les IDE interrogés. Il est aussi le besoin majeur des IDE. Il est aussi l'attente majeure envers le cadre de santé. Nous pouvons affiner un peu plus, les deux besoins prioritaires pour les IDE sont l'écoute et le soutien. Le cadre de santé a ici un double levier managérial.

Etre autonome

20,75% des IDE évoquent l'autonomie comme un besoin. Mais ils sont 67,92% (soit 36 IDE sur 53) à faire du degré d'autonomie leur 5^{ème} indicateur prioritaire de mesure de QVT. Peut-être que la spécialité est plus propice à l'autonomie et à la responsabilité infirmière ? En tout cas cet indicateur ressort très nettement. Notons ici que la population est répartie de manière homogène. Je n'ai pas trouvé de différences significatives dans ces réponses selon l'ancienneté dans la spécialité ou le lieu d'exercice. Par exemple, même si les soignants de l'Hôpital 1 (extra hospitalier et intra hospitalier) semblent participer à la construction du projet d'unité, les réponses de différents pas par rapport à la tendance générale. L'autonomie peut se rapprocher du concept de QVT et pouvoir d'agir.

Trouver du sens au travail

Le fil conducteur de cette recherche est le « sens » et plus particulièrement le sens au travail. Comme je souhaitais réduire mon influence dans les réponses, je n'ai volontairement pas parlé de ce thème dans le questionnaire. Pourtant, ils sont 15 à en évoquer spontanément dans leurs besoins. 9 IDE précisent que le cadre de santé doit accompagner. Ils font le lien entre sens et cadre. Ils ont besoin de sens et ils attendent que le cadre de santé leur en donne. Pour ceux qui n'en parlent pas directement, on retrouve des termes comme « le cadre doit donner les axes » ou encore « être porteur de projets ». Nous retenons que ce thème est évoqué spontanément mais qu'il reste mineur par rapport aux autres thèmes.

Ainsi, si la QVT touche un grand nombre de domaines et garde une grande part de subjectivité, pour les IDE la QVT c'est le bien-être au travail. La QVT, c'est un ensemble de facteurs qui leur permet à la fois d'être bien et de travailler bien. L'enquête permet de poser 5 indicateurs prioritaires pour la mesurer : La satisfaction de la prise en charge du patient (92,45%), l'intégration et la cohésion d'équipe (83,02%), le sentiment de « reconnaissance, soutien, valorisation » (77,26%), l'intérêt pour le travail (73,58%) et le degré d'autonomie (67,92%). Les deux besoins personnels les plus fortement représentés sont également les deux attentes les plus fortes des IDE envers le cadre de santé : « être écouté » et « être soutenu ». Ils sont les besoins qui reviennent le plus (75,47% et 52,83%) et également les deux attentes les plus marquées envers leur cadre de santé (37,74% et 32,08%).

L'analyse des entretiens cadre me permettra de proposer des liens avec les besoins et les attentes des infirmiers. Je propose tout d'abord de rechercher si les cadres ont la même vision de la QVT que les IDE. Puis je chercherai à mettre en évidence comment, au quotidien, par leur lecture fine du terrain, les cadres de santé concilient QVT et qualité des soins. Je chercherai à identifier des leviers pour favoriser la QVT des IDE.

5.2.2 Les cadres : des leviers pour favoriser le sentiment de QVT chez les IDE

L'analyse des réponses cadres par grandes thématiques permet de mettre en évidence 10 leviers que le cadre de santé peut utiliser pour favoriser le bien-être de son équipe. Pour 5 cadres c'est « être à l'écoute » (83,33%) qui apparaît être le levier le plus puissant. Pour 4 cadres à chaque fois, « favoriser les lieux d'échange, « réguler les tensions et faire du lien », « clarifier les rôles et missions de chacun », ou encore « donner du sens », « soutenir » et « favoriser l'autonomie en donnant de la marge de manœuvre » sont des postures en faveur du bien-être de l'équipe. La moitié des cadres interrogés précisent l'importance d'être « présent » et de bien connaître la réalité du terrain. Notons qu'ils précisent en première intention l'importance de poser un cadre. Ils évoquent une condition :

s'entendre sur ce qui est négociable et sur ce qui ne l'est pas. Il est très intéressant d'observer que les cadres identifient exactement les mêmes leviers pour concilier QVT et qualité des soins : « donner du sens », « proposer des lieux d'échange », « autonomiser ». A cela s'ajoute un type de management, 4 cadres sur 6 précisent que le management situationnel est le plus puissant : ils précisent la nécessité de rappeler le négociable et le non négociable et de « valoriser les compétences » des agents. CDS4 précise à propos du management que « *c'est un mix de tout. Il faut s'adapter à la personne et au contexte, [...] la plus grande qualité d'un cadre c'est son adaptabilité* ».

La QVT pour les cadres c'est un mélange de satisfaction et d'épanouissement

La notion de QVT est abordée par les 6 cadres interrogés comme un ensemble de facteurs (100%) qui intéressent l'organisation, la relation, l'environnement, le développement personnel. La définition de la QVT par les cadres est en faveur du concept de QVT multidimensionnelle. Pour 4 d'entre eux c'est la satisfaction qui prime (66,67%), on retrouve ensuite l'épanouissement (50%) et le lien entre le bien-être et le bien faire (50%). 2 cadres évoquent la QVT comme un développement de compétences. La population cible est réduite (6 personnes). Nous considérons que les deux tendances qui ressortent le plus sont la satisfaction et l'épanouissement. Notons l'attachement des cadres au bien-être des agents. Ainsi CDS3 précise que sa QVT s'exprime en fonction de celle perçue par l'équipe « *Peut-être que le plus important c'est la tête de mes agents, de mon équipe... C'est ça... quand on se voit... c'est leur satisfaction à eux qui me satisfait. La QVT c'est de la satisfaction* ».

Nous notons que si comme les IDE la notion de QVT touche un ensemble large de domaines, par contre les thématiques majeures ne sont pas les mêmes. Pour les IDE si la QVT c'est le bien-être, pour les cadres c'est plus de la satisfaction et de l'épanouissement. La moitié des cadres se sont exprimés directement sur le lien entre le bien-être et le bien faire. Ce n'est pas une différence énorme, mais comment se comprendre entre cadre et équipe si nous ne partons pas de la même base ? Si pour les IDE la QVT est le bien-être au sens complet, il paraît difficilement atteignable. La vision des cadres semble plus accessible : la QVT serait un moins pour arriver au bien-être et non une finalité. Un travail sur une définition comme de la QVT entre le cadre et son équipe permettrait peut-être de partir d'un socle commun.

Un cadre présent, entre écoute et soutien, qui clarifie les limites

Les 6 cadres interrogés sont unanimes sur ces trois sujets. Ils parlent tous au détour d'une question, du management de proximité. Selon eux, pas de management possible si on ne connaît pas le terrain. Nous pouvons ici faire un lien entre les réponses des cadres et le concept de travail comme processus de transformation d'une tâche prescrite en une tâche réelle. Ici nous notons l'importance de connaître de travail réel. Les deux cadres CDS2 et CDS5 en poste depuis quelques mois précisent bien l'importance de connaître le travail. CDS5 précise « *je suis arrivé il y a peu, alors j'écoute et je tente de comprendre ce qu'ils font. Ils sont obligés de tout m'expliquer alors le lien est facilité... Faciliter les échanges je crois que c'est cela [la QVT] ... avec moi et entre eux. Il faut être là, présent au maximum* ».

CDS1 propose des actions : « *Je mets en place des espaces de partage, des espaces d'expression, de verbalisation. La porte de mon bureau reste ouverte, je crée de la disponibilité pour les écouter* ». CDS3 ajoute « *c'est important d'avoir des temps de vraies rencontres, donc des temps de réunion qui sont bien identifiés et des temps personnels qui sont aussi bien identifiés* ». Nous pouvons ici, entendre un levier : le cadre par sa présence rassure l'équipe. De plus, il peut créer des espaces d'échanges, entre l'équipe et lui et entre les professionnels. La relation humaine apparaît être la condition primordiale au bien-être infirmier. Par sa présence il montre déjà une forme de soutien physique.

Pour CDS4 « *le manager, c'est comme le capitaine du bateau, s'il est en train de te dire « on va couler », t'as tout le monde qui est déjà en train de plonger et ils prennent les chaloupes pour se tirer... alors que s'il tient les trucs, il dit « non, on va s'en sortir, ne vous inquiétez pas » et qu'il montre une posture, je pense que c'est plus facile de suivre. C'est accompagner, c'est être avec* ». Ici, apparaît la notion de leader. Le cadre de santé, par sa posture, transmet en plus de ses valeurs positives une dynamique

positive. Accompagner l'équipe est une forme de soutien. La notion de partage semble également importante.

C'est d'abord par un management présent que le cadre connaît son équipe et le travail réel. Il utilise son agilité à la fois pour savoir écouter et soutenir mais également pour clarifier le négociable et le non négociable. Il accompagne l'équipe en veillant au respect des normes et des recommandations de bonnes pratiques. Le cadre répond ici au besoin des IDE mais en fixant des limites.

Un cadre qui fait le lien entre les professionnels : entre cohésion et régulation des tensions

CDS2 nous propose pour favoriser la cohésion d'équipe, et ainsi permettre à chacun d'être reconnu d'abord individuellement puis collectivement, de favoriser la découverte de l'autre. Il nous dit *« j'ai mis en place en arrivant ici, pour essayer de faire un peu baisser la pression, les soignants ayant l'impression de ne pas être entendus, des réunions pour que chacun présente son métier, et comment il le concevait dans la structure. Ça a été plutôt un travail qui a été bien mené par les infirmiers, pas du tout mené par les autres, très bien mené par les ergothérapeutes et les psychomotriciens »*. Cet exemple favorise le partage dans la rencontre et offre un levier : proposer l'échange. Il montre également une limite, comment faire si les individus ne sont pas partie prenante ? Peut-être le cadre a son idée sur la façon de faire mais qu'elle ne convient pas à l'agent. Est-ce un problème de motivation ? CDS6 pose la motivation personnelle comme un levier de développement de compétences collectives : *« Ils sont tous motivés pour progresser et ça c'est un réel levier pour moi. La culture de la remise en question est très forte ici. On s'écoute »*.

CDS6 propose une nouvelle action toujours concernant la rencontre : *« Il faut valoriser le potentiel de chacun. Entendre ce qui ne va pas et soutenir. Mettre de l'huile quoi, faire de la relation et arrondir les angles. Proposer des temps pour se connaître »*. Ici le cadre de santé, par son agilité, reconnaît les compétences individuelles au service du collectif. L'ensemble des cadres évoque cette agilité managériale. Il est nécessaire de manager l'individu au service du collectif. Les moyens pour y arriver dépendent du cadre et de l'équipe. Connaître son équipe demande du temps. Cette connaissance permet d'identifier les compétences de chacun.

CDS2 fait d'une faiblesse une force. Il profite de son arrivée récente pour favoriser les échanges. Il bâtit une relation gagnant/gagnant : *« les infirmiers m'expliquent les soins, et cela demande du temps. Du coup, et bien on peut faire défiler une séquence et comprendre où sont les enjeux et les moments de tensions »*. C'est le partage de compétences.

Pour CDS6 la cohésion d'équipe, passe par le sens. Il dit qu'*« il faut arriver à faire travailler les gens ensemble, dans un but commun. »*

CDS1 spécifie que la régulation d'équipe passe par le respect des valeurs, mais aussi par le fait de s'entendre sur un socle commun. Partir des fiches de postes est un moyen de discuter du travail en posant le négociable et le non négociable, le tout en expliquant et en donnant du sens. *« C'est une grosse problématique ici, ce n'est pas un conflit, mais entre anciens et nouveaux, il y a parfois une petite guerre. Les anciens n'acceptent pas toujours que les nouveaux viennent leur dire quoi faire, et on travaille un peu sur la façon de dire les choses : comment communiquer sans toutefois blesser l'autre ? En étant adapté quoi ! Dans ces moments, je leur explique les choses, je reprends le profil de poste, mais je donne du sens, pourquoi il faut faire et pourquoi il ne faut pas faire. Si on dit aux gens de faire ou de ne pas faire sans leur expliquer, les gens ne vont pas forcément retenir les choses. En donnant du sens, je trouve que cela s'inscrit plus dans les pratiques »*.

Ainsi le rôle du cadre est de maintenir la sécurité et la continuité des soins. Il est aussi garant de la qualité, qualité des soins et qualité de vie au travail pour ses agents. Pour cela il doit maintenir une cohésion d'équipe. Il donne un sens et une dynamique à l'équipe. Pour réguler les tensions, il doit d'abord comprendre et bien identifier la problématique. La régulation des tensions passe par l'écoute,

la communication et le sens. Poser clairement le négociable et le non négociable permet de partir d'un socle commun et précise ce qui est possible d'envisager et ce qui ne l'est pas.

Donner du sens : le facteur clé

Le sens est évoqué par tous les cadres, jamais seul, nous retrouvons souvent la notion de « *il faut donner du sens pour...* ». Pourrions-nous y voir une notion centrale ? Selon eux, c'est presque la condition qui va de pair avec l'encadrement, tout le « sens » passe par lui. Le cadre donne du sens, quotidiennement, pour tout et tout le temps. Le sens permet à la fois de s'avoir où doit arriver et de s'entendre sur le chemin à suivre.

Tous les cadres parlent du sens à donner, un sens commun. Pour CDS4 c'est le sens qui est la condition essentielle de la QVT pour les soignants. Il nous dit : « *en tant que manager, il faut pouvoir être à l'écoute et puis redonner du sens à ce qu'ils font. Je pense que c'est surtout ça le gros souci. S'il n'y a pas de sens à ce qu'ils font, on a une équipe d'aveugles qui marchent dans le noir* ». Pour le cadre la recherche du sens est nécessaire autant pour lui que pour l'équipe.

Donner de la marge de manœuvre dans les groupes de travail

La marge de manœuvre est aussi une question de rapport au pouvoir. Pour donner de la marge de manœuvre, le cadre de santé doit interroger son rapport au pouvoir. CDS3 nous confie « *depuis 5 ans, j'ai évolué... J'ai changé ma façon de faire, l'équipe a pris davantage de poids, donc c'est vrai que je délègue probablement davantage aujourd'hui qu'avant. [...] Alors l'autonomie... j'essaie de laisser un maximum d'autonomie aux agents... Je me rends bien compte que parfois ce n'est pas tout à fait vrai... J'essaie de me reprendre chaque fois... Je pense quand même qu'il y a une relative autonomie : pour preuve les groupes de travail pour la certification, les risques majeurs où chacun les a travaillés un peu dans le sens où il en avait envie* ». Nous identifions là, un levier en faveur de la marge de manœuvre : le groupe de travail. La marge de manœuvre est évoquée par tous les cadres comme un principe général. En ce qui concerne son opérationnalité, ils parlent tous du même moyen et uniquement de celui-ci : le groupe de travail.

Donner des marques de reconnaissance en valorisant les compétences

Donner des marques de reconnaissance permet de légitimer l'équipe. Cependant nous pouvons identifier une limite : comment reconnaître quand on ne se sent pas reconnu ? CDS2 précise « *au moins de reconnaître à un moment donné qu'on leur demande beaucoup, qu'on les « pressurise » parce que nous aussi on est « pressurisé », parce qu'il y a des objectifs...* ».

Les marques de reconnaissance professionnelle sont associées pour l'ensemble des cadres à la valorisation des compétences, qu'elles soient individuelles ou collectives. Je n'ai pas pu identifier de moyens ou actions particuliers. Pour le cadre donner des marques de reconnaissance c'est valoriser les compétences.

Pour les cadres de santé, améliorer la QVT des soignants c'est améliorer le développement de compétences. Donc, elle favorise la qualité des soins. Ils proposent des moyens pour y arriver. D'abord, il est primordial d'écouter et clarifier le négociable et le non négociable. C'est en donnant du sens que le cadre favorise la cohésion d'équipe en rassemblant autour d'un projet commun. Ce projet doit être connu de tous. Ils favorisent le développement des compétences et l'autonomie de leurs agents au travers de groupes de travail. Ainsi en plus de comprendre le travail, les agents l'interrogent et le construisent. Ce qui les implique et favorise leur adhésion. Au quotidien, le cadre par sa présence montre son soutien et régule les tensions. C'est grâce à son agilité managériale qu'il adapte son management à l'agent et au contexte. Pour arriver à rendre du pouvoir d'agir aux soignants, le cadre doit lui-même interroger son rapport au pouvoir.

5.2.3 La co-construction des projets : le management de l'autonomie

Cette partie est l'occasion de d'entrer dans le cœur de l'objet de la recherche. L'objectif est de savoir si la co-construction est une méthode utilisée par les cadres et d'en appréhender les effets sur la QVT du personnel. Ensuite nous vérifierons si ce mode de management est appliqué ou applicable au projet d'unité. Nous pourrions croiser les réponses des cadres et des IDE. Cette analyse permettra de valider ou non l'hypothèse de travail.

La co-construction : une pratique courante en psychiatrie

Les cadres évoquent tous la co-construction des actions en psychiatrie. CDS1 nous précise qu'« *Il faut co-construire les choses, parce [...] si le cadre vient avec toutes ses idées déjà faites... Je dirais que le cadre supervise, encadre, mais il ne fait pas tout. Un cadre ne fait pas tout. Et ce sont les équipes qui mettent en œuvre les projets. Les équipes mettent en œuvre les projets, le cadre est là pour guider, pour accompagner dans cette mise en œuvre. Et cette co-construction est importante parce que si les équipes ne sont pas impliquées dès le départ, en amont, ils ne vont pas forcément pouvoir donner du sens* ».

L'analyse thématique des réponses permet d'identifier 6 bénéfices de la co-construction pour le bien-être de l'équipe. Selon les cadres interrogés, tous identifient la co-construction comme un moyen de redonner de la marge de manœuvre. C'est un vecteur de sens (83,33%) et un mode de management qui favorise la valorisation des compétences (83,33%) au service de l'implication (66,67%). 1 cadre sur deux parle spontanément d'appropriation et du développement des compétences.

Le cadre donne du sens en rendant lisible le projet médical

Les cadres me confirment que le projet d'unité découle du projet médical. Par contre, s'il n'est pas formalisé, la tâche est plus difficile. Le projet pose des objectifs et est un vecteur puissant de sens. C'est le cadre qui donne le sens.

CDS6 souligne que le cadre rend lisible le projet médical : « *Maintenant en pratique, le projet d'unité découle du projet médical... qui n'est pas formalisé alors... Les grands axes sont connus et demandent à être explicités auprès de l'équipe pour donner du sens. Je pense que ce n'est pas l'équipe qui donne le sens, c'est le cadre... Mais chacun y trouve le sien...* ». Le cadre donne le sens du projet d'unité en posant et clarifiant les objectifs.

Le projet d'unité permet de donner un sens commun, il permet à la fois de comprendre et de se construire une identité. Pour CDS3, il est important d'associer l'équipe et précise que si le cadre « *n'implique pas les gens, il ne se passera rien. Après c'est ça on veut accrocher les 10 commandements au mur et que les gens les respectent... Moi je suis désolé mais j'ai besoin de comprendre pourquoi je fais ça, pourquoi je ne le fais pas et de participer...* ». Notons que le cadre gère aussi son équipe avec ce qu'il est.

Il apparaît que le cadre doit rendre lisibles les objectifs. CDS4 précise qu'« *à partir d'un contenu, d'un postulat on peut travailler... dès que tu as des objectifs et que tu poses les choses je pense ça roule plutôt bien* ». Ces objectifs sont la base, sans eux impossible d'avancer. Ainsi nous notons qu'avant de co-construire, il faut construire. CDS3 précise ainsi « *Oui... Avant de co-construire, il faut construire. [...] Il faut une direction, donner du sens, puis construire... Avec la maturité on peut co-construire* ».

Le cadre doit donner un sens commun à l'équipe à la fois pour favoriser la qualité des soins et pour favoriser la QVT. Il doit clairement rendre lisible les objectifs du projet d'unité et bien délimiter le champ de la marge de manœuvre.

Le cadre décline les objectifs du projet d'unité en groupe de travail au service de l'autonomie et de la marge de manœuvre

Le cadre doit donner le sens et bien délimiter l'objectif. Par contre il apparait clairement que si l'objectif est de la responsabilité du cadre, le moyen d'y arriver est négociable. Alors le cadre accompagne, il est garant des délais, du respect des normes et des bonnes pratiques. CDS1 précise que si le cadre impose « *Ils ne vont même pas savoir pourquoi ils le font. Donc, ils ne vont pas s'impliquer, il y aura des réfractaires, il y aura des gens qui vont un peu traîner des pieds, le but c'est pas ça. Le but c'est effectivement qu'ils se sentent bien, épanouis, et qu'ils puissent se retrouver aussi dans ce projet. C'est pour cela qu'il faut cette co-construction* ».

CDS3 déclare qu'« *on ne peut pas demander aux gens d'avoir les objectifs de l'unité. Ça c'est le cadre qui le donne. Après, dans ce cadre, les gens peuvent bouger, manœuvrer et apporter leurs idées* ». Notons l'importance de la posture cadre : poser le négociable et le non négociable et permettre à l'équipe d'augmenter sa marge de manœuvre dans ce qui est négociable.

Les cadres parlent tous des groupes de travail. C'est un moyen très puissant mais qui demande du temps. Cette autonomie permet de rendre le projet opérationnel. CDS4 précise « *Si tu n'impliques pas les gens il ne se passera rien* ».

La reconnaissance professionnelle rend l'équipe légitime, elle s'implique et s'approprie le projet

CDS3 nous dit : « c'est ce qu'on fait dans les groupes de travail pour la certification. Le cadre c'était « les risques majeurs », on a associé les gens à l'identification de ses risques, mais on a donné comme cadre les recommandations de l'HAS. Après dans chaque groupe chacun imagine des actions qui vont permettre d'améliorer, de faire diminuer ce risque. Je pense que c'est important d'y associer les gens parce que c'est eux qui sont sur le terrain, et que se sont eux qui ont l'idée de ce qu'ils peuvent réellement faire pour améliorer. Une co-construction sur les actions est à mener, oui ».

Notons que les professionnels sont reconnus comme experts de terrain. Le travail réel est reconnu. Cette reconnaissance permet aux professionnels de se sentir valorisés. Impliqués dans la démarche, le projet devient le leur et donc ils se l'approprient.

Le projet d'unité permet le développement de compétences individuelles et collectives au service de la qualité des soins pour le patient

Pour les cadres, la co-construction permet aussi aux professionnels de se rencontrer et de se connaître. Ils partagent et apprennent des échanges par exemple avec leurs collègues de profession différentes. Ils gagnent en compétences.

Pour CDS3 la QVT permet de fidéliser les agents, « *nous, la fidélisation des personnels elle va forcément améliorer la qualité des soins. On sait très bien en psychiatrie, je pense qu'ailleurs c'est vrai aussi, mais c'est très vrai en psychiatrie, où on a des patients chroniques, avec lesquels le lien de confiance est parfois long à obtenir et quand on l'a obtenu et que l'agent s'en va, on perd quelque chose. C'est important de travailler le fait de garder les agents le plus longtemps possible... Les agents qui sont bien il faut qu'on fasse en sorte qu'ils soient contents d'être là* ». Ainsi, si la QVT permet aux agents de se sentir bien, ils resteront durablement. L'accent est mis, par l'ensemble des cadres, sur le lien soignant/soigné qui demande de la compétence et du temps. La QVT apparait comme un levier de fidélisation au bénéfice de la qualité des soins.

CDS6 nous décline la démarche envisagée et permet de comprendre la co-construction du projet d'unité dans son ensemble. : « *Maintenant en pratique, le projet d'unité découle du projet médical... qui n'est pas formalisé, alors... Les grands axes sont connus et demandent à être explicités auprès de*

l'équipe pour donner du sens. Je pense que ce n'est pas l'équipe qui donne le sens, c'est le cadre... Mais chacun y trouve le sien... Puis par contre, dans sa mise en œuvre, c'est dans les groupes de travail que leurs talents s'expriment... Ils échangent, proposent, essaient... Il faut cadrer bien sûr... Mais je pense que s'ils ne sont pas associés rien ne peut marcher. Il faut co-construire avec eux les actions au regard de l'objectif... L'objectif c'est d'arriver là, et ensemble on va construire le chemin, notre chemin pour y aller. Du coup, ils ont de la marge de manœuvre et se sentent vraiment impliqués... C'est comme cela qu'ils peuvent s'approprier le projet ».

L'analyse des résultats infirmiers montre que les IDE connaissent le projet d'unité (89% soit 47 IDE) et que ceux qui ne le connaissent pas semblent être jeunes diplômés. La participation à la mise en œuvre du projet est forte (83% soit 44 IDE). Notons que ceux qui déclarent ne pas le connaître, déclarent également ne pas le mettre en œuvre. La communication du cadre autour du projet d'unité semble être incontournable. En revanche, seulement 11 IDE (26%) déclarent participer à la construction du projet. Peut-être cette différence entre le discours des cadres et celui des IDE vient de la conception de la question : si pour un IDE participer à la construction du projet c'est définir les objectifs, nous trouvons une réponse. Par contre s'ils ne perçoivent pas les groupes de travail comme de la co-construction, alors il est important pour le cadre de clarifier l'enjeu, de donner du sens et de la valeur à ces groupes.

Le cadre de santé doit reconnaître son équipe. La valorisation des compétences permettrait aux IDE de voir leur valeur ajoutée. Ainsi ils pourraient appréhender les groupes de travail comme un moyen de co-construire la mise en œuvre des projets. Leur participation rend le projet vivant et opérationnel.

5.3 Synthèse de l'analyse

Que ce soit pour les infirmiers ou pour les cadres, le sujet de la QVT est source d'intérêt. La pluralité des visions confirme sa notion subjective comme décrite dans le cadre conceptuel. La QVT est un sentiment, un ressenti individuel. Toutefois, il est possible de dégager des grandes tendances : pour les infirmiers la QVT est le bien-être au travail et pour les cadres, elle est source de satisfaction et d'épanouissement. Cette nuance permet de marquer la nécessité de construire un socle commun de départ. Il est cependant intéressant de noter que si la QVT est perçue comme un but pour les infirmiers où elle est synonyme de bien-être, les cadres la perçoivent comme un moyen d'accéder au bien-être. La QVT apparaît être un moyen de concilier bien-être et bien faire pour les cadres.

L'analyse de l'enquête permet d'identifier les besoins et les attentes des infirmiers. La place du bien faire dans le bien-être est une condition primordiale. Notons que l'observation du terrain confirme de manière empirique ce que nous montrent les études : pas de bien-être sans bien faire. Travailler dans une équipe est un moyen de supporter le travail, nous rapprochons ici ce constat des apports théoriques notamment en lien avec les ressources psychosociales. Le groupe apporte soutien et sentiment d'appartenance. Les professionnels ont besoin de trouver du sens à ce qu'ils font, individuellement puis collectivement. Ils ont besoin d'être autonomes et de se sentir valorisés pour se sentir bien.

Au regard de ces attentes, l'analyse des entretiens menés auprès des cadres permet de dégager des leviers pour y répondre. C'est par un management présent que le cadre de santé écoute et soutient son équipe, et c'est en marquant les limites entre le négociable et le non négociable qu'il permet l'identification par les professionnels des domaines de créativité. Il est le lien entre les professionnels et régule ainsi les tensions. Donner de la marge de manœuvre permet, dans un cadre bien défini, de rendre l'équipe plus autonome, ce qui est en faveur de la montée en compétences. Il donne des marques de reconnaissance en valorisant les compétences des agents dont il a la responsabilité.

C'est par son agilité managériale et sa bonne connaissance du terrain que le cadre de santé place le curseur entre proximité et projet. La co-construction des projets est une pratique généralisée en psychiatrie. Il apparaît que le projet de service est la déclinaison du projet médical. Le cadre en pose les objectifs et leur donne du sens. Il montre clairement à l'équipe le but à atteindre. La co-construction opère dans le domaine de la déclinaison des objectifs en groupes de travail. Ils permettent aux soignants de gagner en marge de manœuvre et en autonomie. C'est à travers les groupes de travail que leur capacité à s'exprimer et à agir est possible. La participation des soignants permet leur implication dans le projet et ils peuvent ainsi se l'approprier. Ils gagnent en légitimité, leurs compétences sont reconnues. En participant, en écoutant, en confrontant leurs idées entre eux, les soignants gagnent en compétences d'abord individuellement puis collectivement. Si le projet d'unité est l'exemple par excellence du sens commun vers la qualité des prises en charge, la montée en compétences des soignants au travers de la co-construction de sa mise en œuvre est au service de la qualité de vie au travail pour les professionnels. Mon hypothèse de recherche est confirmée.

6 Discussion

Cette partie est l'occasion de revenir sur ma recherche : le plan de la recherche avec la critique et la limite du travail à toutes les étapes. Elle est l'objet de la confrontation de mes a priori et du résultat de mes recherches, des apports théoriques et des apports empiriques de l'enquête. Le regard critique me permettra d'envisager des actions correctives et des ouvertures. Ma posture réflexive me conduira à en dégager les enseignements nécessaires à l'exercice de la fonction cadre de santé de proximité. Ce travail, réalisé au cours de ma formation cadre de santé, m'a permis de développer mes compétences en m'exerçant à la démarche de recherche. La méthode QUIVY m'a donné la possibilité d'appréhender de façon claire la démarche scientifique sans pour autant basculer dans la simplification.

Le choix du thème est un moment essentiel de la recherche. Mes interrogations portaient en premier lieu sur la question du « bien-être » et du « bien faire » et comment le cadre peut arriver à concilier les deux. De façon très empirique, je pensais que le cadre de santé avait a priori un défi de taille à relever, celui de répondre à deux injonctions contradictoires : performance économique (objectif production/qualité des soins) et performance sociale (objectif santé/bien-être pour l'équipe).

Il fallait que je pose une question de départ pour donner un sens à ma recherche. Ma question de départ est nourrie à la fois de mon expérience de faisant fonction de cadre de santé en psychiatrie et d'un attachement aux soignants pris dans une vague de mal être. La construction de mon identité professionnelle m'a conduit à penser qu'il faut « être bien » pour « travailler bien ». Ma question de départ était : comment faire pour que l'équipe se sente bien ? Je me questionne sur le rôle, la place du cadre de santé, dans le bien-être de l'équipe pour le bien faire.

La phase exploratoire m'a permis de stabiliser ma question de départ. Je suis partie du constat d'un mal être soignant général que j'ai relié à une perte de repères dans un contexte hospitalier en mutation. J'ai affiné mon questionnement en m'intéressant aux réponses ou recommandations des autorités de tutelle et du Ministère de la Santé. Me posant en future cadre de santé, je dois garantir la qualité des soins dispensés aux patients dans le service dont j'aurai la responsabilité. Pour ce faire, je dois également garantir des conditions favorables à l'exercice des professionnels. Quel sera mon rôle dans leur « bien-être » pour le « bien faire » ?

Je me suis intéressée au concept de « bien-être ». Il est tout d'abord apparu que pour « aller bien » il faut « ne pas aller mal », ce qui m'a conduit à m'intéresser au sujet des risques psychosociaux. Cependant, s'il est nécessaire de travailler sur ces risques, je ne pense pas qu'ils soient un levier managérial suffisant. « Ne pas aller mal » est une condition du bien-être, peut-être la condition première, mais « ne pas aller mal » ne suffit pas à définir le « bien-être ». J'ai continué à enrichir mes apports théoriques. Le bien-être est apparu comme un ressenti, une perception individuelle, un état complet, où le travail n'est qu'un facteur parmi d'autres. Je me suis ensuite intéressée au concept du travail. En le considérant comme un processus de transformation d'une prescription d'activité en une activité réelle. Le travail peut être une source de souffrance mais il peut également être source de plaisir, d'accomplissement, de « bien-être ». Le collectif m'est apparu comme une ressource puissante et je me suis intéressée aux compétences individuelles au service du collectif.

Demain, je devrai m'assurer du bien-être au travail des professionnels afin qu'ils puissent assurer un travail réel de qualité. La QVT intéresse de nombreux domaines : l'organisation du travail et l'accompagnement au changement, la relation (reconnaissance professionnelle, respect, management participatif, implication), l'environnement (conditions de travail, sécurité), le développement personnel (développement des compétences, formation continue, accompagnement des carrières) ou encore la réponse aux attentes des équipes (écoute, soutien, trouver du sens). Le concept de qualité de vie au travail m'a permis d'une part de passer de la notion de « bien-être individuel » à la notion de « bien-être collectif », et d'autre part de me placer dans le milieu du travail. Ce concept permet de questionner le travail de manière positive.

J'ai dû faire des choix. J'ai choisi de limiter le « bien faire » de l'équipe à la qualité des soins pour le patient. En ce qui concerne le « bien-être » de l'équipe placée dans l'exercice de ses missions, je l'ai posé comme la somme des bien-être individuels. Ainsi comment concilier le « bien-être » (c'est-à-dire à s'intéresser à l'individu puis au collectif d'individus) et le « bien faire » (c'est-à-dire s'intéresser à la tâche, à la mission du service) ? La QVT semble en être la solution. J'ai pu poser la problématique de recherche : Comment le cadre de santé peut-il favoriser la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients ?

QVT et qualité des soins sont intimement liées. Améliorer la QVT pour les professionnels permet d'améliorer leur bien-être individuel et collectif. Elle propose au cadre de santé de réfléchir aux conditions d'épanouissement, de satisfaction du personnel afin de mettre en place des conditions favorables. Pour cela, il est nécessaire de connaître les besoins et les attentes des soignants. Comment de façon opérationnelle favoriser la QVT ? Le management qui semble être le plus favorable est le management de l'autonomie, car il s'adapte à la fois à l'individu et au collectif. Quels sont les besoins des soignants ? Il est important de donner du sens, de manager l'autonomie, de donner de la marge de manœuvre (en regard du niveau d'autonomie de l'agent) et d'apporter de la légitimité aux professionnels.

Qu'est-ce qui peut faire sens pour l'ensemble des professionnels ? Quel est le but commun ? Le projet d'unité me semble être le vecteur de sens le plus puissant. La co-construction est un modèle essentiel pour les tâches complexes. En psychiatrie, pour proposer une prise en charge de qualité, le regard d'un ensemble d'experts est nécessaire. Les troubles psychiatriques majorent la complexité de l'activité. La co-construction permet d'associer étroitement l'équipe aux projets, favorisant : compréhension, reconnaissance, implication et appropriation. Elle serait donc en faveur que la qualité des soins en psychiatrie et en faveur du « bien-être » des soignants qui la mettent en œuvre. Cette réflexion me permet de poser une hypothèse : la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé avec l'équipe favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients.

L'éclairage conceptuel m'a permis de clarifier des notions importantes. Mais plus je pensais avancer, et plus les questions se précipitaient dans ma tête. Le lien entre le « bien-être » et « le bien faire » semble être l'interdépendance et beaucoup plus complexe que prévu. Le « ne pas aller mal » est nécessaire au « bien faire », le « bien faire » contribue au « bien-être », le « bien faire » ne suffit pas au « bien-être », le « bien-être » est subjectif et le « bien faire » également (je pense au ressenti du travail bien fait). Finalement la QVT semble permettre à la fois d'améliorer le « bien-être » et le « bien faire » et offre une double entrée. Le cadre qui améliore la qualité peut agir sur les deux, ou bien entrer par le « bien faire » qui conduit au « bien-être » ou par la réponse aux attentes des soignants ce qui favorise le « bien faire ». La QVT semble une réponse. Je reste néanmoins perplexe sur la façon d'enquêter, si sa définition est complexe, son pilotage l'est également.

Pour l'enquête, j'ai choisi 4 objectifs, qui sont autant de questions pour moi. Tout d'abord je cherche à mesurer la qualité de la satisfaction des personnels. Si la QVT est une perception individuelle, comment faire pour favoriser la QVT dans une équipe composée par définition de plusieurs individus ? Puis je cherche à savoir quels sont les besoins et les attentes des professionnels car il n'est pas possible de chercher un moyen d'améliorer leur QVT sans partir de leurs perceptions. Avec ces deux premières interrogations je souhaitais répondre au « pourquoi faire » de ma recherche. Enfin je souhaitais savoir si les cadres de santé co-construisent réellement, et alors tenter d'en mesurer les effets sur la QVT des professionnels. Le projet d'unité recueille toute mon attention, d'abord parce que je pense que c'est un vecteur puissant qui rassemble autour d'un but commun, puis parce qu'il favorise par définition la qualité des soins.

J'ai choisi l'hôpital et la psychiatrie. En psychiatrie c'est la relation qui prime avec le patient, alors peut-être c'est dans ce milieu que l'appétence à organiser les équipes avec cette même dimension relationnelle est la plus visible. Je m'intéresse aux pratiques professionnelles de psychiatrie. La population ciblée était les infirmiers. Impossible pour moi de rencontrer tous les soignants, mais

impossible également de chercher un moyen d'améliorer leur QVT sans recueillir leurs besoins et leurs attentes. La deuxième population était les cadres car je cherchais la vision opératoire.

L'outil de recueil de données pour les IDE a été un questionnaire. Je me suis longtemps posé la question. Pour moi, étudier de la qualité avec un questionnaire n'est pas a priori la meilleure des approches. J'envisageais des entretiens en petits groupes. Devant le temps limité de ce travail de recherche j'ai opté pour un questionnaire. J'ai consacré du temps à monter mon questionnaire, je voulais qu'il soit le plus pertinent possible. Je souhaitais limiter le nombre de questions pour éviter de me mettre dans une situation insurmontable quand viendrait l'heure de l'analyse. Je n'ai pas évité cette situation, mon attachement à maintenir des questions ouvertes plus propices à la qualité ne m'a pas facilité la tâche. L'ordre des questions a été réfléchi. D'abord une définition de la QVT pour vérifier si elle est perçue par tout le monde de la même façon ou non. Puis une proposition d'indicateurs prioritaires. Le biais est ici la proposition de 5 choix parmi 12, que j'ai tenté de limiter en laissant la possibilité d'en créer un plus personnel. L'idée était de pouvoir identifier ces indicateurs pour voir comment agir dessus. Ensuite deux questions ouvertes sur les besoins et les attentes. Un cadre libre me permet de me laisser surprendre. Le talon du questionnaire comportait bien trop de questions. Le dépouillement a été compliqué et la pertinence des questions est discutable. En tout cas l'idée était de cartographier au mieux la population y compris par hôpital et par secteur (intra et extra hospitalier). Tout ce que je peux en dire, c'est que cela m'a permis de bien qualifier la population cible mais sans pouvoir y donner de sens. J'avais prévu de diffuser le questionnaire en ligne mais cela s'est avéré impossible : le format était incompatible avec les boîtes mail professionnelles et pour en contrôler la diffusion, je n'ai pas voulu passer par un autre outil informatique. Ce sont les cadres qui ont distribué le questionnaire. Je pensais pouvoir croiser les réponses des IDE de l'unité et celle du cadre de la même unité, mais cela s'est avéré peu concluant. Je ne sais pas exactement à qui a été proposé le questionnaire, et je n'ai pas pu faire un ratio entre le nombre distribué et le nombre de retours. C'est une donnée que je m'attacherai à obtenir lors d'une nouvelle recherche. Les résultats bruts des 53 questionnaires retournés et présentés en annexe sont fiables. J'ai été obligée, pour donner du sens à ma recherche, de regrouper les réponses en grandes thématiques. Forcément j'ai une influence dans la sélection des thèmes et leurs dénominations, mais je me suis efforcé d'avoir une méthode la plus scientifique possible et d'avancer pas à pas.

J'ai opté pour un entretien semi directif pour les cadres. Les entretiens n'ont pas été faciles à obtenir mais j'ai pu en réaliser 6. J'ai été très bien accueillie. Deux cadres ont refusé que j'enregistre l'entretien. Je n'ai pas eu d'autre réponse que le fait de les rendre mal à l'aise. Je note quand même qu'ils exercent au sein du même hôpital. J'ai tenté au mieux d'adapter les entretiens à mes objectifs et de limiter au maximum mon influence sur les réponses. Celles-ci ont été intéressantes et je ne regrette pas le choix de mes questions. Le traitement des données a été, comme pour les IDE, réalisé par grandes thématiques. Et je pense que la limite est la même, je choisis la dénomination des thèmes et induis forcément quelque chose. C'est pour objectiver ma recherche que je me suis attachée à annexer tous les résultats bruts ainsi que ma cotation.

J'ai essayé de présenter le plus réellement possible les résultats. Mais mon interprétation qui commence avec la mise en place de thématiques, se poursuit forcément dans l'analyse des résultats. J'en suis bien consciente. Lors de cette phase « résultats » je me suis questionnée sur l'intérêt des questions et la manière de les poser. Je pense que si ces outils d'enquête avaient été utilisés lors d'une phase exploratoire (avec la même rigueur), cela m'aurait permis par la suite une enquête beaucoup plus fine.

La synthèse des résultats présente une nouvelle fois de la subjectivité. J'ai l'impression de tourner en rond, de chercher uniquement les sujets qui m'intéressent. Mais je me raisonne et je pense que les outils et les résultats permettent d'une part de répondre aux objectifs que je m'étais fixés et d'autre part de me donner les moyens de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de travail.

L'enquête confirme la dimension subjective de la QVT. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, la QVT est un sentiment, un ressenti individuel. L'enquête a toutefois permis de dégager

de grandes tendances : pour les infirmiers la QVT est le bien-être au travail et pour les cadres, elle est source de satisfaction et d'épanouissement. Cette nuance, entre un but pour les IDE et un moyen pour les cadres me laisse penser qu'il pourrait être intéressant de construire une définition de la QVT au sein d'une unité pour construire un socle commun de départ. Elle permet d'identifier les besoins et les attentes des infirmiers. La place du « bien faire » dans le « bien-être » est une condition primordiale, la notion d'équipe tout autant (les ressources psychosociales). Les IDE évoquent le patient (qualité du travail) et l'équipe (collectif) en première intention et non des besoins ou critères qui les visent eux directement. Ils semblent ne pas se mettre en avant. Politiquement correct ou altruisme ? L'IDE de psychiatrie résumerait-il son « bien-être » par le travail bien fait et la dynamique d'équipe ? Les IDE expriment ensuite la recherche de sens, l'autonomie et la valorisation. Au regard de ces attentes IDE, l'analyse des entretiens menés auprès des cadres permet de dégager des leviers pour y répondre. C'est par un management présent et le maintien d'un cadre entre négociable et non négociable que le cadre de santé écoute et soutient. Il donne du sens, de la marge de manœuvre (négociable) et des marques de reconnaissance par la valorisation des compétences.

L'enquête montre que la co-construction est une pratique généralisée en psychiatrie. Le cadre pose les objectifs du projet d'unité et leur donne du sens. La co-construction opère dans le domaine de la déclinaison des objectifs en groupes de travail. Ces derniers sont le lieu de la marge de manœuvre et de l'autonomie, de l'expression de capacité à s'exprimer et à agir. La participation des soignants permet leur implication dans le projet et ils peuvent ainsi se l'approprier. Ils gagnent en légitimité, leurs compétences sont reconnues. Le partage de compétences entre soignants sert la cohésion d'équipe et favorise la montée en compétences. Le projet d'unité est l'emblème de l'unité : c'est le projet qui fait sens (vision), qui fédère (cohésion d'équipe), qui développe la compétence (implication) et qui donne envie (appropriation). Au-delà de la confiance, de l'écoute et des signes de reconnaissances, les soignants ont besoin de sens et de marges de manœuvre ce qui favorise vision, autonomie et appropriation. Le projet d'unité, dont les objectifs sont fixés par le cadre (il initie le projet), est décliné par le cadre de santé en groupes de travail qui associent les professionnels au service de l'élaboration d'actions (co-construction). La co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé avec l'équipe favorise la QVT pour les professionnels au service de la qualité des soins. Mon hypothèse de recherche est confirmée. C'est par son agilité managériale et sa bonne connaissance du terrain que le cadre de santé place le curseur entre proximité et conduite de projets.

La limite majeure de ce travail est la taille de la population interrogée : 53 IDE et 6 cadres. Elle ne semble pas permettre d'en généraliser les résultats. De plus, même si la profession infirmière est décrite comme « l'élément révélateur de l'ensemble » ce qui nous donne à penser que sa vision serait identique à celle des autres professionnels de l'unité, cela reste impossible à confirmer. Une enquête d'une plus grande ampleur permettrait une plus grande légitimité. Etendre l'enquête aux soins généraux offrirait la possibilité de dépasser la spécialité de psychiatrie. Le cadre conceptuel demande à être étoffé mais il m'a permis de m'inscrire dans une démarche de questionnement incessant, où à chaque fois je tente d'opérationnaliser les différents concepts. La notion d'apprentissage par l'expérimentation demande du temps, et les dix mois de formation passent très vite.

Conclusion

Ce travail de recherche est la plus belle des manières d'approfondir la fonction cadre de santé. Prendre du recul avec le terrain pour comprendre, ou du moins essayer de comprendre, une situation entre « bien-être » et « bien faire » m'a permis d'identifier des moyens pour adapter mon style de management avec de nouvelles pistes de réflexion et des leviers opérationnels. Le cadre conceptuel de ce travail m'a apporté la connaissance de notions nouvelles : la « psychodynamique du travail » et les « ressources psychosociales », qui permettent d'interroger positivement le travail. Il m'a permis d'aborder sereinement l'enquête. La phase d'observation a ajouté une notion importante : pour donner de la marge de manœuvre encore faut-il bien en signaler le champ du possible. C'est en donnant du sens et des repères (entre négociable et non négociable) que j'accompagnerai une équipe. Je la soutiendrai et ce malgré les réorganisations permanentes, les incertitudes sur l'avenir, la mixité des individus et des générations. C'est en développant mon agilité managériale que j'accompagnerai une équipe. Je choisis le management par l'autonomie pour que le travail soit source de réalisation personnelle pour chacun des membres l'équipe. La co-construction ne se décrète pas, je pense que c'est un état d'esprit. Elle interroge le rapport individuel au pouvoir. Elle demande du temps, ne serait-ce que pour que le cadre puisse s'approprier les besoins et les capacités de son équipe. Cependant le management de la co-construction, particulièrement concernant le projet de l'unité, me semble être le levier le plus puissant pour concilier QVT et qualité des soins. Je favoriserai le dialogue avec et entre les professionnels sur les difficultés et je ferai vivre la solidarité collective : c'est comme cela que je pense favoriser la QVT des professionnels au service de la qualité des soins pour les patients. Je pense le cadre de santé se trouve entre le « bien-être » et le « bien faire » de l'équipe. Il fait le lien et donne du sens. Une question mériterait un nouveau travail de recherche : si la QVT pour les soignants est une priorité nationale, qu'en est-t-il de la QVT des cadres ? Il serait peut-être utile de s'intéresser à la santé du manager, pour que son « bien-être » à lui aussi soit au service du « bien faire » de tous.

Bibliographie

Ouvrages

BACQUE M-H, BIEWENER C, *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* 2015, Édition La Découverte, 176 pages.

CLOT Y, *Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux*, 2010, Paris : la découverte, 190 pages

DAMBRIN C, LAMBERT C, *Petit bréviaire des idées reçues en management*, 2008, Paris, La Découverte, 280 pages, « *Les salariés sont de plus en plus autonomes, c'est l'ère de l'empowerment !* » page 120 à 128

GREACEN T, JOUET E, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, 2012, Actualité de la psychiatrie, Éditions ERES, 344 pages.

HESBEEN H, *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin*, Ed. Elsevier Masson, 2011, 115 pages

- *La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante*, Editions Masson France, septembre 2005, 2ème édition, page 55.

LE GOFF J, *Retour en grâce du travail : du déni à la redécouverte d'une valeur*, Edition Lessius, Paris, 2015, 128 pages

MINTZBERG H, (1998) *Le management : Voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation. 567 pages.

- (1986) *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Éditions d'Organisation. 688 pages.
- (1982) *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation. 440 pages.
- (1973) *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Éditions d'Organisation. 2006. 283 pages.

TISSIER D, *Management situationnel vers l'autonomie et la responsabilisation ; nouvelle édition enrichie*, éditions INSEP Consulting, 1988, 150 pages.

Articles

ANACT -24 juillet 2012, *Pourquoi la QVT aujourd'hui en France ?*

[Consulté le 7 décembre 2016]

Disponible sur :

http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p_thingIdToShow=27731605

BRUNELLE Y, *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS volume 40 n°1, janvier-mars 2009 (pages 39 à 48), page 40.

GAUTIER L, HUSSER J, *Contribution psychanalytique à l'approche des risques psychosociaux liés aux conditions de travail ; RIMHE : REVUE INTERDISCIPLINAIRE MANAGEMENT, HOMME & ENTREPRISE 1/2013 (n°5), pages 28-42.*

[Consulté le 3 novembre 2016]

Disponible : <http://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-1-page-28.htm>

GROSJEAN V, GUYOT S, *Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ?* HYGIENE ET SECURITE DU TRAVAIL, n°242 mars 2016

LAGUARDIA G, RYAN M, *but personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications* REVUE QUEBECOISE DE PSYCHOLOGIE, vol. 21 n°2 2000 «»

LANOUZIERE H, *La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail* ; semaine sociale Lamy, 21 février 2011, n°1480, pages 6 à 11.

MARTEL et DUPUIS *La qualité de vie au travail* (Université du Québec à Montréal)

[Consulté le 7 janvier 2017]

Disponible sur : <http://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail>

MORIN E-M, *qu'est-ce qui donne un sens au travail ?* REVUE OBJECTIF PREVENTION vol31 n°2 2008 p 10 à n12

PRONOST A-M, *la performance par les « Magnet hospitals »*. SOINS. CADRES, n° 92, 2014/11, pages 38-39

QUEINNEC L, *L'hôpital aimant*, SANTE RH, la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, n° 47 - Février 2013

[Consulté le 25 février 2017]

Disponible sur http://www.sante-rh.fr/hopital-aimant_679B52853976B7.html

STANISLAS J-L, *Risques psychosociaux : le rôle du cadre*, Objectif SOINS & MANAGEMENT, n°210, novembre 2012, pages 20 à 29

TAVANI, MONACO G, HOFFMANN-HERVE L, BTELLA M, COLLANGE J, *La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ?* Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement n°75 (2014) Formation médicale continue, page 160 à 170.

TILMAN F, GROOTAERS D, « *L'empowerment ! De quoi s'agit-il ?* »

[Consulté de 23 mars 2017]

Disponible https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=461:l-empowerment-de-quoi-s-agit-il&catid=9&Itemid=103

Les grands dossiers des Sciences Humaine n°36, *changer le travail*, oct./nov2014

Manuels et guides

Manuel de certification des établissements de santé V2010, Haute Autorité de santé, 2014

[Consulté de 10 novembre 2016]

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique, édition 2014.

[Consulté le 2 décembre 2016]

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RPS-GuideMethodo-2014.pdf>

Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins – HAS Janvier 2016

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Anact/HAS, *10 questions sur la qualité de vie au travail – Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*

[Consulté de 8 novembre 2016] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

Cours

MARCHAL V, *Management et prévention des risques psychosociaux*, Master « management & santé », UPEC le 9 décembre 2016

SIDOROK M, *Les risques professionnels* ; IFCS Montsouris, le 14 décembre 2016

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire IDE

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les cadres

Annexe 3 : présentation du talon des questionnaires IDE

Annexe 4 : Réponses IDE/question 1 : Qu'évoque pour vous la QVT ? Quelle en serait votre définition ?

Annexe 4 bis : Réponses IDE/question 1 : Thématiques QVT ? Quelle en serait votre définition ?

Annexe 5 : Réponses IDE/question 2 : Selon vous, votre QVT se mesure à : (5 parmi 12)

Annexe 6 : Réponses IDE/question 3 : Quelles sont vos attentes concernant votre cadre de proximité ?

Annexe 7 : Réponses IDE/question 4 : Quels sont vos besoins ?

Annexe 8 : Réponses IDE/question 5 : Concernant le projet de l'unité où vous exercez

Annexe 9 : Réponses libres des infirmiers

Annexe 10 : Présentation du talon des entretiens cadres

Annexe 11 : Réponses des cadres/question 1 Comment faites-vous pour que l'équipe se sente bien ?

Annexe 12 : Réponses des cadres/question 2 Comment conciliez-vous Qualité des soins et QVT ?

Annexe 13 : Réponses des cadres/question 3 Qu'évoque pour vous la QVT ?

Annexe 14 : Réponses des cadres/question 4 Que pensez-vous de mon hypothèse ?

Annexe 1 : Présentation du Questionnaire IDE

Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 5 décembre 2016 sa stratégie nationale pour l'amélioration de la **Qualité de Vie au Travail (QVT) des professionnels de santé.** Elle souhaite « *faire de la QVT une exigence à part entière* », à l'égal « *de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé* » en généralisant les bonnes pratiques. Au pilotage de cette stratégie, un médiateur national (Edouard COUTY) et une chargée de mission (Magali EYMERY) viennent d'être nommés. Un observatoire national est annoncé.

Étudiante cadre de santé à l'École Supérieure Montsouris, je réalise actuellement un travail de recherche, pour mon travail de fin d'étude, portant sur la qualité de vie au travail en psychiatrie. Ce questionnaire anonyme est un support d'enquête destiné aux infirmiers. Merci du temps que vous prendrez pour y répondre.

Date limite de retour : 31 mars 2017.

Vous êtes* : une femme - un homme

Votre âge : _____

Année d'obtention du DE : _____

Ancienneté dans la spécialité* : moins de 3ans / de 3 à 5ans / de 5 à 10ans / plus de 10ans

Actuellement, vous exercez en* : intra hospitalier - extra hospitalier

Lieu d'exercice (nom de l'hôpital) : _____

1/ Qu'évoque pour vous la QVT ? Quelle en serait votre définition ?

2/ Selon vous, votre QVT se mesure à :

(Merci de vous limiter à 5 réponses maximum, selon vos indicateurs prioritaires)

- intégration et cohésion d'équipe
- intérêt pour le travail
- sentiment de sécurité
- satisfaction de la prise en charge du patient
- sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation
- conciliation vie privée/vie professionnelle
- degré d'implication dans le service
- degré d'autonomie
- perspective d'évolution professionnelle
- accès à la formation
- respect de vos valeurs professionnelles
- autres : _____

3/Quelles sont vos attentes concernant votre cadre de proximité ?

4/ Quels sont vos besoins ?

5/ Concernant le projet de l'unité où vous exercez :

- Connaissez-vous le projet ? OUI - NON*
- Participez-vous à sa mise en œuvre ? OUI - NON*
- Participez-vous à la construction du projet d'unité ? OUI - NON*

Vos remarques sont les bienvenues...

Un grand merci pour votre participation.

Annexe 2 : Présentation du Guide d'entretien pour les cadres

Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 5 décembre 2016 sa stratégie nationale pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (QVT) des professionnels de santé. Elle souhaite « *faire de la QVT une exigence à part entière* », à l'égal « *de la qualité des soins et de l'organisation du système de santé* » en généralisant les bonnes pratiques. Au pilotage de cette stratégie, un médiateur national (Edouard COUTY) et une chargée de mission (Magali EYMERY) viennent d'être nommés. Un observatoire national est annoncé.

Étudiante cadre de santé à l'École Supérieure Montsouris, je réalise actuellement un travail de recherche, pour mon travail de fin d'étude, portant sur la qualité de vie au travail en psychiatrie. Cet entretien est un support d'enquête anonyme destiné aux cadres de proximité. Je vous remercie du temps que vous m'accorderez (environ 30 minutes). Je sollicite votre accord pour un enregistrement.

Vous êtes : Un homme - une femme

Année du diplôme Cadre de santé : _____

Filière d'origine et année du diplôme : _____

Type d'unité : _____

Votre ancienneté dans la spécialité : _____

Vous êtes responsable de combien d'agents ? _____

1/ Comment faites-vous pour que l'équipe se sente bien ?

- **Relance 1 :** *Je me questionne sur votre rôle, la place du cadre de santé, dans le bien-être de l'équipe pour le bien faire.*
- **Relance 2 :** *Que mettez-vous en place pour votre équipe : Marge de manœuvre ? Espace d'expression ? Donner du sens ? Associer étroitement les professionnels ?*

2/ Comment conciliez-vous performance économique et performance sociale ?

- **Relance 1 :** *Objectif production/ qualité des soins et objectif santé/bien être pour l'équipe ?*
- **Relance 2 :** *Quel management ? Quel dispositif ? quelles stratégies ?*

3/ Qu'évoque pour vous la QVT ?

- **Relance 1 :** *Quelle pourrait en être la définition selon vous ?*
- **Relance 2 :** *Intéresse-t-elle selon vous : l'organisation ? la relation ? l'environnement ? le développement personnel ? les réponses aux attentes des équipes ? D'autres domaines ?*

4/ Mon hypothèse de travail est la suivante : *la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients.*

Qu'en pensez-vous ?

Annexe 3 : Présentation du talon des questionnaires IDE

IDE	Sexe	Age	DEI	Ancienneté en psy	Actuellement	Hôpital
IDE 1	une femme	28 ans	2012	de 5 à 10 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 2	une femme	37 ans	2002	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 3	une femme	53 ans	1991	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 4	une femme	24 ans	2013	de 3 à 5 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 5	une femme	27 ans	2012	de 3 à 5 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 6	une femme	21 ans	2016	Moins de 3 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 7	une femme	39 ans	1999	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 8	une femme	39 ans	1999	plus de 10 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 9	une femme	21 ans	2016	Moins de 3 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 10	une femme	32 ans	2011	de 3 à 5 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 11	une femme	54 ans	1985	plus de 10 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 12	une femme	34 ans	2008	Moins de 3 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 13	une femme	38 ans	2000	de 3 à 5 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 14	un homme	37 ans	2010	de 5 à 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 15	une femme	23 ans	2014	Moins de 3 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 16	une femme	35 ans	2004	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 17	un homme	37 ans	2011	de 5 à 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 18	une femme	34 ans	2005	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 19	une femme	34 ans	2008	Moins de 3 ans	Extra 1	Hôpital 1
IDE 20	une femme	34 ans	2005	plus de 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 21	une femme	32 ans	2008	de 5 à 10 ans	Intra 1	Hôpital 1
IDE 22	une femme	34 ans	2008	Moins de 3 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 23	une femme	38 ans	2000	de 3 à 5 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 24	une femme	23 ans	2004	Moins de 3 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 25	un homme	38 ans	2014	de 5 à 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 26	un homme	55 ans	1984	plus de 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 27	une femme	31 ans	2010	de 3 à 5 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 28	une femme	22 ans	2015	Moins de 3 ans	Intra 2	Hôpital 2
IDE 29	une femme	39 ans	1998	plus de 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 30	une femme	21 ans	2016	Moins de 3 ans	Intra 2	Hôpital 2
IDE 31	une femme	24 ans	2013	de 3 à 5 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 32	une femme	37 ans	2002	plus de 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 33	un homme	34 ans	2005	plus de 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 34	une femme	34 ans	2005	plus de 10 ans	Intra 2	Hôpital 2
IDE 35	un homme	33 ans	2001	plus de 10 ans	Extra 2	Hôpital 2
IDE 36	une femme	34 ans	2002	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 37	un homme	35 ans	2004	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 38	une femme	54 ans	1984	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 39	une femme	21 ans	2016	Moins de 3 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 40	une femme	38 ans	1998	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 41	une femme	24 ans	2013	de 3 à 5 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 42	une femme	28 ans	2009	de 5 à 10 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 43	un homme	38 ans	2011	de 5 à 10 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 44	une femme	37 ans	2000	de 3 à 5 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 45	une femme	33 ans	2005	plus de 10 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 46	un homme	33 ans	2006	plus de 10 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 47	une femme	50 ans	1989	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 48	une femme	22 ans	2015	Moins de 3 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 49	une femme	38 ans	1999	plus de 10 ans	Extra 3	Hôpital 3
IDE 50	un homme	24 ans	2013	de 3 à 5 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 51	un homme	38 ans	2010	de 5 à 10 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 52	une femme	23 ans	2014	Moins de 3 ans	Intra 3	Hôpital 3
IDE 53	un homme	36 ans	2010	de 5 à 10 ans	Intra 3	Hôpital 3

**Annexe 4 : Réponses IDE question 1 :
Qu'évoque pour vous la QVT ?
Quelle en serait votre définition ?**

IDE 1	Pour moi la qualité de vie au travail représente les différentes conditions favorisant un sentiment suffisamment sécuritaire pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions et apporter un soin de qualité.
IDE 2	C'est le bien être du personnel dans son lieu de travail tant sur le plan de l'exercice de ses fonctions que sur le plan relationnel avec ses collègues et la hiérarchie.
IDE 3	Une bonne entente entre collègue avec une charge de travail qui ne soit pas disproportionnée. Des plannings aux horaires qui conviennent relativement à la vie de famille. Des pratiques en rapport avec nos valeurs professionnelles.
IDE 4	Ben être des soignants au travail, sécurité au travail, respect mutuel de tous les corps de métier
IDE 5	Travailler en sécurité, dans le calme, la confiance. Avoir des conditions et du matériel de qualité
IDE 6	La qualité de vie au travail est pour moi de bonne qualité lorsque je ressens un bien être en venant sur mon lieu de travail
IDE 7	La QVT se définit par des indicateurs portant sur nos conditions de travail. Pour moi il s'agit de qualité mais également de quantité. Une bonne QVT permet un investissement de l'agent, une meilleure implication
IDE 8	Bien être, investissement
IDE 9	La qualité de vie au travail se définit par le fait qu'un salarié soit satisfait de ses conditions de travail, de son environnement et de ses relations au travail.
IDE 10	La QVT évoque le bien-être au travail, aller travailler doit être un plaisir pour pouvoir prendre en charge les patients dans de bonnes conditions.
IDE 11	Le plaisir de venir au travail dans une équipe accueillante et bienveillante entre nous dont la dynamique est une prise en charge satisfaisante du patient. Si nous le sommes entre nous, nous le sommes avec les patients.
IDE 12	La qualité de vie au travail correspond selon moi à l'ensemble des mesures mises en œuvre pour améliorer les conditions de travail et avoir un bien être pour les patients et les soignants
IDE 13	La QVT est l'ensemble des éléments permettant une qualité de prise en soins, les moyens donnés aux professionnels (formation, matériel) pour assurer les missions définies dans la fiche de poste.
IDE 14	Bien être
IDE 15	La qualité de vie au travail évoque selon moi le bien être des équipes, la charge de travail, une écoute de la part de notre hiérarchie, le sentiment du travail bien fait
IDE 16	La QVT évoque pour moi les conditions de travail, que ce soit en termes de matériel, personnel soignant, cohésion d'équipe, satisfaction du patient, formations, développement d'intérêt pour son travail.
IDE 17	La qualité de vie au travail serait pour moi de pouvoir assurer une fonction en bonne intelligence avec l'équipe pluridisciplinaire et ne pas subir les violences institutionnelles de plus en plus banalisées.
IDE 18	C'est pour moi le bien être suffisant pour assurer une prise en charge de qualité.
IDE 19	l'ensemble des mesures mises en œuvre pour améliorer les conditions de travail et assurer un bien être pour les patients et les soignants
IDE 20	Bien être et satisfaction du travail bien fait, bonnes relations dans l'équipe
IDE 21	Bien être et satisfaction au travail
IDE 22	bien être pour les soignants, ensemble des mesures pour améliorer
IDE 23	ensemble des éléments qui permettent une qualité de prise en soins
IDE 24	sentiment du travail bien fait, bien être des équipes, charge de travail, écoute
IDE 25	assurer ma mission correctement, avoir les moyens
IDE 26	le plaisir de venir au travail
IDE 27	bien-être au travail, prise en charge patients de qualité
IDE 28	le salarié est satisfait de ses conditions de travail, de son environnement et de ses relations de travail
IDE 29	qualité et quantité
IDE 30	sentiment de bien-être quand je viens au travail
IDE 31	bien être, sécurité, respect
IDE 32	le bien-être du personnel dans son lieu de travail, exercice et relation
IDE 33	bien-être au travail, travail bien fait, content de venir
IDE 34	ensemble de conditions qui me permette de bien travailler
IDE 35	bien-être au travail, condition pour bien travailler
IDE 36	ensemble des conditions matérielles et humaine pour que je sois contente de venir travaillé, bien travailler
IDE 37	ensemble des conditions de travail, satisfaction du travail bien fait, j'ai les moyen pour réaliser du bi=on travail
IDE 38	plaisir de venir au travail, bonne entente et conditions matérielles satisfaisante
IDE 39	satisfaction du salarié au sujet de ses conditions de travail
IDE 40	indicateurs des conditions de travail, bonne implication
IDE 41	bien être, sécurité, respect
IDE 42	la sécurité des condition de travail pour que je sois contente de venir travailler pour faire un travail de qualité
IDE 43	bien être
IDE 44	les conditions qui favorise la bonne prise en charge pour le patient et la satisfaction du personnel
IDE 45	ensemble des facteurs qui me permettent de me sentir bien pour travailler bien
IDE 46	bien-être au travail, ensemble des conditions matérielles et humaines pour exercer ma mission
IDE 47	le plaisir de venir dans une équipe accueillante et bienveillante
IDE 48	ensemble des condition favorable à mon bien-être au travail
IDE 49	les conditions de travail favorables pour un meilleur investissement de l'agent
IDE 50	Bien être des soignants sur leur lieu d'exercice, respect mutuel de tous les professionnels et sécurité au travail
IDE 51	satisfaction au travail
IDE 52	le bien-être de l'équipe pour le sentiment du travail bien fait (charge de travail, écoute de la hiérarchie, valorisation)
IDE 53	ensemble des moyens qui me permettent de bien travail et d'être satisfait de mon travail

Annexe 4 bis :

Réponses IDE question 1 : Thématiques
Qu'évoque pour vous la QVT ?
Quelle en serait votre définition ?

IDE	Respect	Plaisir	Cohésion et relations / équipe	Qualité du travail "bien fait"	Bonnes conditions	Sécurité	Satisfaction	Bien-être	Un ensemble de
IDE 1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
IDE 2	0	0	0	0	0	1	0	1	1
IDE 3	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IDE 4	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IDE 5	0	0	0	1	0	0	1	1	1
IDE 6	0	0	0	1	0	0	1	1	1
IDE 7	0	0	0	1	0	0	1	1	1
IDE 8	0	0	0	0	0	1	1	0	1
IDE 9	0	0	0	1	0	1	1	0	1
IDE 10	1	0	0	0	0	0	1	0	1
IDE 11	0	1	1	0	0	0	0	0	0
IDE 12	0	0	0	0	0	0	1	0	1
IDE 13	0	0	0	0	1	0	0	1	1
IDE 14	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IDE 15	0	0	0	1	1	1	1	0	1
IDE 16	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IDE 17	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IDE 18	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IDE 19	0	0	1	0	0	0	0	0	1
IDE 20	1	0	1	0	0	0	0	1	1
IDE 21	0	0	1	0	1	0	0	0	1
IDE 22	0	0	0	0	0	0	0	1	0
IDE 23	1	0	1	0	0	0	0	1	1
IDE 24	0	0	0	0	1	1	0	0	1
IDE 25	0	0	1	0	0	0	1	0	1
IDE 26	0	1	0	1	0	0	0	0	0
IDE 27	0	0	1	0	0	1	0	1	1
IDE 28	0	0	1	1	0	1	0	1	1
IDE 29	0	0	0	0	0	0	1	1	1
IDE 30	0	0	1	0	1	1	1	0	1
IDE 31	0	0	0	1	0	1	1	0	1
IDE 32	0	1	0	0	0	0	1	0	1
IDE 33	0	1	1	0	1	0	0	0	1
IDE 34	0	0	0	0	1	1	1	1	1
IDE 35	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IDE 36	1	0	0	0	1	0	0	0	1
IDE 37	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IDE 38	0	0	0	1	0	0	1	1	1
IDE 39	0	0	0	1	0	1	0	0	1
IDE 40	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IDE 41	0	0	0	1	0	0	0	1	1
IDE 42	0	0	1	1	0	0	0	1	1
IDE 43	0	0	0	0	1	1	0	0	1
IDE 44	0	0	0	0	1	0	0	1	1
IDE 45	0	0	1	1	0	1	0	1	1
IDE 46	1	0	0	0	0	1	0	1	1
IDE 47	0	1	0	0	0	0	0	0	1
IDE 48	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IDE 49	0	0	0	0	1	1	0	0	1
IDE 50	0	0	0	0	1	1	1	1	1
IDE 51	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IDE 52	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IDE 53	0	0	0	0	1	0	0	1	1

**Annexe 5 : Réponses IDE Question 2 :
Selon vous, votre QVT se mesure à...
(5 critères au choix parmi 12)**

IDE 1	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Degré d'implication dans le service, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 2	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Degré d'autonomie, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 3	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 4	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 5	intégration et cohésion d'équipe, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 6	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation
IDE 7	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 8	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 9	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Degré d'autonomie
IDE 10	intégration et cohésion d'équipe, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Degré d'implication dans le service, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 11	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Degré d'autonomie
IDE 12	intégration et cohésion d'équipe, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Accès à la formation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 13	Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Conciliation vie privée/vie professionnelle
IDE 14	intégration et cohésion d'équipe, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Accès à la formation
IDE 15	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Conciliation vie privée/vie professionnelle
IDE 16	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Conciliation vie privée/vie professionnelle
IDE 17	intégration et cohésion d'équipe, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Accès à la formation
IDE 18	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 19	intégration et cohésion d'équipe, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Accès à la formation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 20	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 21	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 22	Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Degré d'autonomie, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 23	Intérêt pour le travail, Sentiment de sécurité, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Degré d'autonomie
IDE 24	Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Degré d'autonomie, Respect de vos valeurs professionnelles
IDE 25	Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Conciliation vie privée/vie professionnelle, Degré d'autonomie
IDE 26	intégration et cohésion d'équipe, Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Degré d'autonomie
IDE 27	Intérêt pour le travail, Satisfaction de la prise en charge du patient, Sentiment de reconnaissance, soutien, valorisation, Degré d'implication dans le service, Degré d'autonomie

**Annexe 6 : Réponses IDE Question 3 :
Quelles sont vos attentes concernant votre cadre de proximité ?**

IDE 1	Savoir repérer mes compétences afin de les exploiter à bon escient et repérer également mes difficultés afin de m'aider à m'améliorer. Pouvoir repérer et agir (dans la mesure de ses possibilités) sur les facteurs pouvant nuire à la prise en charge des patients (conditions matérielles, relations inter-équipe...)
IDE 2	Un rapport de confiance qui s'établit, une justesse dans les décisions prises, une écoute, un soutien, qu'elle fasse le lien avec les médecins
IDE 3	Qu'elle ne donne pas une charge de travail incompatible avec le suivi psychologique des patients. Qu'elle aide l'équipe par rapport aux problèmes juridiques et sociaux.
IDE 4	confiance, soutien en cas de difficultés, justesse dans son jugement, cadrant, échange facile
IDE 5	Qu'il prenne en compte nos remarques et souffrances par moment, qu'il passe le message lorsque c'est nécessaire au supérieur
IDE 6	Ecoute, compréhension, disponibilité
IDE 7	Qu'il soit impartial, neutre, qu'il sache reconnaître les compétences de chacun pour valoriser le travail des équipes. Tout cela permet une meilleurs cohésions d'équipe. Le cadre est un peu le ciment d'une équipe, il fait tampon entre les différents professionnels (médecins, agents, paramédicaux). Les agents s'impliquent plus dans les projets de soins que se soit individuels ou du service.
IDE 8	Ecoute, soutien, tampon entres les professionnels
IDE 9	La cadre de proximité doit réussir à déceler des failles dans l'équipe, la sécurité ou la prise en charge des patients et tenter d'améliorer afin d'optimiser la QVT.
IDE 10	Mon cadre de proximité devrait selon moi alerter lorsqu'un membre de l'équipe des défaillant, j'attends du cadre le maintien d'un esprit d'équipe
IDE 11	Le cadre doit pouvoir être disponible pour l'écoute des soignants, proposer des orientations ou des axes d'amélioration, favoriser la relation entre les professionnels.
IDE 12	Le cadre de proximité à selon moi pour mission d'harmoniser les pratiques au sein d'une équipe pour impulser une dynamique favorisant le bien être des patients Pour ce faire, il doit aussi permettre l'accès à la formation et communiquer
IDE 13	Intégrité, qu'il soit garant des critères prioritaires (cf question précédente), qu'il soit fiable et capable de prendre des décisions en cas de désaccord dans l'équipe, afin de préserver une unité d'équipe. Le cadre doit accompagner son équipe et prendre soin d'elle afin de garantir la qualité du soin donné aux patients.
IDE 14	Fiable
IDE 15	Écoute, résolution de problème, valorisation du travail
IDE 16	Écoute, bonne gestion d'équipe pour favoriser la cohésion d'équipe pour améliorer la prise en charge pour patient. être porteur de projets.
IDE 17	Doit préserver la cohésion d'équipe, faire preuve d'autorité et d'écoute, assurer la bonne communication entre l'équipe et la hiérarchie, apaiser les tensions si possible.
IDE 18	Il doit être fiable, écouter, être disponible, nous soutenir
IDE 19	Le cadre de proximité à selon moi pour mission d'harmoniser les pratiques au sein d'une équipe pour impulser une dynamique favorisant le bien être des patients. Pour ce faire il doit aussi permettre l'accès à la formation.
IDE 20	Soutien de l'équipe, proposition de projet, impulse une dynamique
IDE 21	Je souhaite que le cadre me soutien, surtout dans les prise en charge difficile et qu'elle valorise l'équipe. La relation de confiance est très importante.
IDE 22	écoute, donner du sens
IDE 23	Intégrité, fiabilité, prendre soins de son équipe
IDE 24	écoute, trouver des solution, valoriser le travail
IDE 25	cohésion, autorité, apaiser les tensions
IDE 26	écoute, proposer des amélioration
IDE 27	cohésion d'équipe
IDE 28	améliorer la qvt
IDE 29	reconnaitre les compétences, neutre, intègre, ciment
IDE 30	écoute, disponibilité
IDE 31	Confiance et soutien. Le cadre doit favoriser les échanges et trancher quand il faut.
IDE 32	confiance, décisions, écoute, soutien, lien avec l'équipe

IDE 33	écoute, soutien, donner du sens
IDE 34	écoute, prise de décision, donner du sens, confiance
IDE 35	Je cadre doit selon moi écouter l'équipe parce que nous n'avons pas l'impression d'être entendu. La confiance est primordiale. J'aimerais que mon travail soit reconnu.
IDE 36	management présence, confiance, équité, intégrité, fiable
IDE 37	prise de décision, cohésion du discours
IDE 38	management présent, disponible, force de proposition
IDE 39	décelé les failles, améliorer le travail
IDE 40	Le cadre doit être juste, présent. Il ne doit pas avoir de double discours, ça serait bien de pouvoir se faire confiance. Il est le lien entre les professionnels et doit apaiser les tensions.
IDE 41	cadrant, échange facile, présent
IDE 42	repérer les compétences pour les exploiter, repérer et agir pour l'amélioration de la prise en charge du patient
IDE 43	Qu'il soit présent ! A l'écoute ne serait pas de trop.
IDE 44	La cadre doit être intègre. Il doit établir une relation de confiance avec l'équipe, lien dans l'équipe, et prendre soins de l'équipe.
IDE 45	J'attends que le cadre soit là, avec nous, qu'il soit juste et qu'il maintienne un équilibre entre les professionnels
IDE 46	J'attends que le cadre résolve les problèmes du quotidien plutôt que d'être toujours en réunion Il devrait être bien veillant
IDE 47	Ms attentes : un cadre présent, impartial, intègre, à l'écoute et juste.
IDE 48	J'attends que le cadre m'aide à progresser, il doit prendre soins de l'équipe.
IDE 49	J'attends que le cadre unisse l'équipe et qu'il stabilise les effectifs., Il doit aussi être un soutien. J'attends qu'on soit juste et honnête avec moi.
IDE 50	confiance, soutien, présent
IDE 51	respect, présent, résout les problèmes
IDE 52	J'attends qu'on m'écoute, moi et l'équipe. Il y a de plus en plus de contrainte à l'hôpital alors le cadre devrait écouter et valoriser notre travail.
IDE 53	Préserver la cohésion d'équipe et donner un sens commun, assurer une bonne communication

Annexe 7 : Réponses IDE Question 4 : Quels sont vos besoins ?

IDE 1	Besoin de proposer des soins de qualité pour que la prise en charge du patient soit la plus bonne possible. Besoin de travailler avec des conditions matérielles satisfaisantes.
IDE 2	écoute, mesures et décisions prises si difficultés, organisation des choses administratives.
IDE 3	Plus de relationnel et moins d'administratif, du temps auprès des patients, une diminution de la charge de travail en particulier téléphone et prise en charge sociale
IDE 4	Besoin de reconnaissance, besoin d'être écouté
IDE 5	D'être écouté! d'avoir de bonnes conditions de travail (personnel en nombre, matériel de qualité, sécurité), des formations
IDE 6	ce que j'ai coché case 2
IDE 7	Avoir une stabilité dans les équipes, moins de turn over, reconnaissance de notre travail, encadrement
IDE 8	Stabilité, reconnaissance
IDE 9	Ecoute, attention, observation afin de déceler des problèmes nuisant à la QVT.
IDE 10	J'ai besoin d'un cadre pertinent, fiable et juste. A l'écoute de son équipe et alerte quant au mal être.
IDE 11	Une écoute dans les moments psychologiquement difficiles, un soutien de l'équipe
IDE 12	Je pense que l'on a toujours besoin d'être formé, afin de pouvoir optimiser la prise en charge des patients et de ressentir un sentiment de quiétude en allant travailler pour créer une dynamique soignant/soignant et soignant/patient harmonieuse.
IDE 13	Équilibre entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle. Pouvoir faire confiance à mon cadre.
IDE 14	Confiance, soutien
IDE 15	écoute, valorisation du travail, sentiment de sécurité, conciliation vie privée, vie publique
IDE 16	Formations, écoute, valoriser notre travail, alléger la charge administrative
IDE 17	Moyens humains et matériels, la politique gouvernementale est catastrophique.
IDE 18	être écoutée et soutenue
IDE 19	Je pense que l'on a toujours besoin d'être formé, afin de pouvoir optimiser la prise en charge des patients et de ressentir un sentiment de quiétude en allant travailler pour créer une dynamique soignant/soignant et soignant/patient
IDE 20	écoute, soutien, reconnaissance
IDE 21	écoute, valorisation
IDE 22	reconnaissance professionnelle, autonomie
IDE 23	écoute, soutien, confiance, autonomie
IDE 24	J'ai besoin d'avoir les moyens suffisant pour donner des prises en charge de qualité, pour cela j'ai besoin d'être en sécurité et en nombre.
IDE 25	écoute, moyens humains
IDE 26	écoute, soutien, effectifs suffisants
IDE 27	Justice.
IDE 28	écoute, attention
IDE 29	stabilité, reconnaissance, écoute
IDE 30	soutien, donner du sens, accompagnement
IDE 31	Je pense qu'on a besoin d'être reconnu et écouté
IDE 32	J'ai besoin que le cadre m'écoute et qu'il m'entende. Qu'il valorise mon travail et qu'il me confie plus de groupe de travail, il devrait prendre en compte nos compétences pour faire un peu autre chose. En même temps jamais rien n'est fini, il faudrait un sens commun. Donc écoute, autonomie et, sens.
IDE 33	reconnu dans mes compétence, possibilité de progresser
IDE 34	Reconnaissance professionnelle, management présent, autonomie
IDE 35	Cf question 2
IDE 36	reconnaissance professionnelle, écoute, soutien, un sens commun
IDE 37	écoute, soutien, reconnaissance professionnelle, sens au travail
IDE 38	J'ai besoin d'écoute et de soutien pour gérer l'agressivité des patients., Un peu de reconnaissance ne ferait pas de mal avec les lourdeurs administratives en plus , oui il faut de la reconnaissance et qu'on nous laisse faire au lieu de tout vérifier.
IDE 39	écoute, soutien, qu'on m'aide à progresser.
IDE 40	écoute, soutien, autonomie
IDE 41	besoin de reconnaissance, être écouté et soutenu
IDE 42	écoute, reconnaissance, donner du sens
IDE 43	J'ai besoin d'être entendu et soutenu. J'aimerais apprendre des choses.
IDE 44	Equilibre, stabilité, reconnaissance, implication dans les prise de décisions.
IDE 45	écoute, soutien, reconnaissance et implication dans les projets
IDE 46	Il faudrait prendre soins de l'équipe.
IDE 47	Moins de turn over, écoute, soutien, reconnaissance et implication et toute la question 2
IDE 48	écoute, soutien, reconnaissance
IDE 49	écoute, responsabilisation ,soutien, encadrement et reconnaissance de notre travail
IDE 50	J'ai besoin d'être écouté et de reconnaissances
IDE 51	écoute, soutien dans les moments difficile, reconnaissance du travail fournit
IDE 52	sentiment du travail bien fait, échanges, soutien, reconnaissance
IDE 53	Moins de turn-over, plus de moyens humains, écoute et reconnaissance du travail

**Annexe 8 : Réponses IDE Question 5 :
Concernant le projet de l'unité où vous exercez...**

IDE	Connaissez-vous le projet de l'unité où vous exercez?	Participez-vous à sa mise en œuvre?	Participez-vous à la construction du projet d'unité ?
IDE 1	Oui	Oui	Non
IDE 2	Non	Non	Non
IDE 3	Oui	Oui	Non
IDE 4	Oui	Oui	Oui
IDE 5	Oui	Non	Non
IDE 6	Non	Non	Non
IDE 7	Oui	Oui	Non
IDE 8	Oui	Oui	Non
IDE 9	Non	Non	Non
IDE 10	Oui	Oui	Oui
IDE 11	Oui	Non	Non
IDE 12	Oui	Oui	Oui
IDE 13	Oui	Oui	Oui
IDE 14	Oui	Oui	Oui
IDE 15	Oui	Oui	Oui
IDE 16	Oui	Oui	Non
IDE 17	Oui	Oui	Oui
IDE 18	Oui	Oui	Oui
IDE 19	Oui	Oui	Oui
IDE 20	Oui	Oui	Non
IDE 21	Oui	Oui	Non
IDE 22	Oui	Oui	Non
IDE 23	Oui	Oui	Non
IDE 24	Oui	Oui	Oui
IDE 25	Oui	Oui	Non
IDE 26	Oui	Non	Non
IDE 27	Oui	Oui	Oui
IDE 28	Non	Non	Non
IDE 29	Oui	Oui	Non
IDE 30	Non	Non	Non
IDE 31	Oui	Oui	Non
IDE 32	Oui	Oui	Non
IDE 33	Oui	Oui	Non
IDE 34	Oui	Oui	Non
IDE 35	Oui	Oui	Non
IDE 36	Oui	Oui	Non
IDE 37	Oui	Oui	Non
IDE 38	Oui	Oui	Non
IDE 39	Non	Non	Non
IDE 40	Oui	Oui	Non
IDE 41	Oui	Oui	Non
IDE 42	Oui	Oui	Non
IDE 43	Oui	Oui	Non
IDE 44	Oui	Oui	Non
IDE 45	Oui	Oui	Non
IDE 46	Oui	Oui	Non
IDE 47	Oui	Oui	Non
IDE 48	Oui	Oui	Non
IDE 49	Oui	Oui	Non
IDE 50	Oui	Oui	Non
IDE 51	Oui	Oui	Non
IDE 52	Oui	Oui	Non
IDE 53	Oui	Oui	Non

Annexe 9 : Réponses libres des infirmiers

	Vos remarques sont les bienvenues...
IDE 1	
IDE 2	
IDE 3	En fait la charge de travail et le travail en lui-même a beaucoup changé, beaucoup trop d'administratif et ça me frustre et me rend indisponible (voir aigrie) dans mes relations avec les patients
IDE 4	
IDE 5	
IDE 6	
IDE 7	Les grandes lignes du projet de l'unité sont mises à disposition de l'équipe au moment des notations. L'équipe n'est pas concernée pour l'élaboration du projet et ou groupe de travail. Il faut soutenir les agents motivés.
IDE 8	
IDE 9	
IDE 10	
IDE 11	Compte tenu de la charge de travail de certains services, la cohésion de l'équipe est importante et la possibilité de prendre un peu de temps pour se retrouver dans un moment agréable ou de proposer un temps de discussion peut je pense et espère que cela peut limiter les tensions ou la possibilité d'avoir une vraie pièce de repas où pouvoir s'isoler et se recentrer sur soi.
IDE 12	
IDE 13	
IDE 14	
IDE 15	La QVT est de plus en plus dure à maintenir, l'effet de la politique gouvernementale a un impact direct sur nos pratiques (restriction de budget, DMS, rentabilité...). Manque de valorisation du personnel, en psychiatrie les patients nous prennent souvent en mauvais objet et ça peut être compliqué à gérer sur une longue période.
IDE 16	
IDE 17	
IDE 18	
IDE 19	
IDE 20	
IDE 21	
IDE 22	
IDE 23	
IDE 24	
IDE 25	
IDE 26	
IDE 27	
IDE 28	
IDE 29	
IDE 30	
IDE 31	
IDE 32	
IDE 33	
IDE 34	
IDE 35	
IDE 36	
IDE 37	
IDE 38	
IDE 39	
IDE 40	
IDE 41	
IDE 42	
IDE 43	
IDE 44	
IDE 45	
IDE 46	
IDE 47	
IDE 48	
IDE 49	
IDE 50	
IDE 51	
IDE 52	
IDE 53	

Annexe 10 : Présentation du talon des entretiens cadres

Cadre	H	lieu	type unité	sexe	diplôme CDS	Filière diplôme	Ancienneté dans la spécialité	Nombre d'agents	entretien
CDS 1	1	Intra 1	hospi adulte 20 lits	femme	2016	IDE 2005	11 ans	19	14/03/2017 Bureau unité
CDS 2	1	Extra 1	1 CMP 1 HDJ	femme	FF	Educateur spécialisé CAFERIUS 2004	12 ans	21	bureau hors unité 14/03/2017
CDS 3	2	Intra 2	hospi adulte 20 lits	femme	2001	IDE 1991	16 ans	20	Bureau unité 03/04/2017
CDS 4	2	Extra2	1 HDJ 1 HDN 1 CMP	homme	Cadre socio-éducatif 2005	Educateur spécialisé 1999	5 ans	17	Bureau hors unité 03/04/2017
CDS 5	3	Intra 3	1 CMP 1 CMP	homme	2016	IDE / 2009	1 ans	18	Bureau hors unité 10/04/2017
CDS 6	3	Extra 3	hospi adulte 20 lits	femme	2013	IDE / 2004	13 ans	19	Bureau hors unité 10/04/2017

Annexe 11 : Réponses des cadres à la question 1 : Comment faites-vous pour que l'équipe se sente bien ?

CDS	Réponses question 1	thèmes
CDS1	<p>Les soignants peuvent s'organiser seuls pour le planning, si cela ne tourne pas je tranche mais en général pour les trois catégories professionnelles que j'ai (IDE, AS, ASH), ils s'organisent. Je mets en place des espaces de partage, des espaces d'expression, de verbalisation. La porte de mon bureau reste ouverte, je crée de la disponibilité pour les écouter. Et puis, des moments de formation aussi, pour permettre que chacun puisse se retrouver dans son positionnement, que chacun reste à sa place. C'est une grosse problématique ici, ce n'est pas un conflit, mais entre anciens et nouveaux, il y a parfois une petite guerre. Les anciens n'acceptent pas toujours que les nouveaux viennent leur dire quoi faire, et on travaille un peu sur la façon de dire les choses : comment communiquer sans toutefois blesser l'autre ? En étant adapté quoi ! Dans ces moments, je leur explique les choses, je reprends le profil de poste, mais je donne du sens, pourquoi il faut faire et pourquoi il ne faut pas faire. Si on dit aux gens de faire ou de ne pas faire sans leur expliquer, les gens ne vont pas forcément retenir les choses. En donnant du sens, je trouve que cela s'inscrit plus dans les pratiques. Vous voyez ? Quand vous faites ce travail sur les profils de postes, est-ce que vous les associez ou pas ? Vous vous en servez comme support pour leur rappeler les missions ou plus ou moins vous le construisez avec eux, par exemple une mise à jour ou quelque chose comme cela ? Alors, cela dépend, c'est au cas par cas. Il y a quand même une certaine réglementation que l'on doit bien respecter par rapport à qui fait quoi, ce que chaque catégorie professionnelle doit faire. Après, par exemple, je vous donne un exemple tout simple, il arrive très souvent, moins souvent maintenant que les ASH fassent fonction d'aide-soignant. Normalement l'ASH ne doit pas faire fonction d'aide-soignant dans la réglementation. Mais, c'est plus, heu... Ça arrive, dernièrement, dans les tâches de l'aide-soignant, certaines n'étaient pas claires pour tous. Donc je me suis dit que dans la réglementation c'est l'infirmière qui peut assurer le travail quand il manque quelqu'un au jour le jour, quand ça arrive. Donc, j'ai repris avec eux cela. Chaque catégorie professionnelle a été vue, en leur expliquant qu'effectivement ça s'est toujours fait ainsi, mais que je ne leur demande pas. Tant que c'est possible, c'est l'infirmière qui fait fonction. Certaines ASH voulaient continuer, mais ça a posé soucis. Les infirmiers étaient en nombre, et ils ont interpellé les infirmières en leur disant « vous êtes assis, vous ne faites rien ». Sauf que personne ne leur avait demandé de remplacer l'aide-soignant. Ils n'ont pas laissé la place à l'infirmière. Donc on revient à la « gueguerre » justement entre elles et c'est compliqué. Du coup, j'ai dit, puisque c'est comme ça, on va reprendre les profils de poste. J'ai recommencé à reprendre les profils de postes avec elles, encore une fois, en disant ce que la loi nous permet de faire et ce que la loi ne nous permet pas de faire. Pour une aide-soignante, je vais travailler avec elle un profil de poste particulier parce qu'elle a eu beaucoup d'accidents de travail, mais cela sera négocié avec elle. Ces accidents ne lui permettent plus de faire certaines tâches. C'est aussi pour les couvrir en cas d'accident de travail. Si elles font une douche à un patient et qu'elles ont un accident de travail, comment cela va se passer ? C'est compliqué d'argumenter.</p>	<p>Autonomie Régulation Espace parole Ecoute Sens Présent Soutien</p> <p>Donner sens</p> <p>Co construction Dans un cadre</p> <p>Clarifier rôles</p> <p>Reprendre les objectifs</p> <p>Réglementation</p> <p>Négociable Non négociable Terrain Sécurité</p>
CDS2	<p>Euh... [silence] Enfin déjà si c'est une préoccupation et si c'est important pour vous... Qu'est-ce que je fais ? Je dirai que le premier point c'est d'être présente sur les temps de transmissions pour voir comme ils s'articulent sur le temps de travail, voir s'ils sont à l'aise sur tout ce qu'ils ont à faire, heu... essayer de les décharger de tous les trucs un peu lourds à faire pour qu'ils puissent être au plus proche du patient. Voilà, ça c'est un des points que j'essaie de faire. Je commencerai par ça. Mettez-vous en place des choses spécifiques ? Ce que moi j'ai mis en place en arrivant ici, pour essayer de faire un peu baisser la pression, les soignants ayant l'impression de ne pas être entendus, c'est de mettre en place des réunions pour que chacun présente son métier, et comment il le concevait dans la structure. Ça a été plutôt un travail qui a été bien mené par les infirmiers, pas du tout mené par les autres, très bien mené par les ergothérapeutes et les psychomotriciens. En tout cas ce qui a été mis en avant à ce moment-là c'est que les équipes ne se sentaient pas entendues quand elles étaient seules face au patient. On n'a pas mal réfléchi là-dessus... sur ce dont ils auraient besoin... le seul point qu'on a trouvé là c'est de mettre en place une réunion pour échanger avec trois personnes pour échanger sur « comment on vit les moments de violence » parce que c'est vraiment ce qui revenait... la solitude et la violence... et le sentiment de ne pas toujours être entendu après coup. Voilà, là c'est un truc qu'on met en place... C'est un truc qui ne m'a pas été demandé par ma cadre supérieure, cela émanait vraiment de l'équipe. Un infirmier, un ergothérapeute et un psychomotricien... C'est vraiment un de chaque, par contre je les ai choisis... On se voit tous les quatre et on fait un retour au groupe. Après ce que j'ai tenté de mettre en place, ce sont des profils de travail, pour l'instant j'en suis là. Il y a tellement de choses, J'y vais « pas à pas ». On est submergé par tous les groupes de travail, les retours des groupes de travail... je n'ai pas trouvé encore comment on pouvait se poser sur un groupe. Les gens vont très vite... L'espace-temps ici est trop difficile et que même les gens engagés dans des groupes ont du mal à s'y</p>	<p>Etre présent</p> <p>Connaitre le travail réel</p> <p>Réguler les tensions</p> <p>Rôle et missions</p> <p>Ecoute Soutien Donner du sens Espace de parole</p> <p>Co construction Autonomie</p> <p>Rôles missions chronophage</p>

	tenir. Je dirai qu'on est en nombre, presque... depuis février... donc il y a eu toute une période où on a jonglé, où il était en effectif réduit. On commence à s'ouvrir un peu. Mais c'est fragile.	
CDS3	Déjà je pense que c'est important d'avoir des temps de vraies rencontres, donc des temps de réunion qui sont bien identifiés et des temps personnels qui sont aussi bien identifiés... donc qui permettent de travailler sur les temps personnels sur les difficultés ponctuelles... et des actions ponctuelles en fonction du service par exemple... la contention, il y a eu des déclarations d'événements indésirables, des erreurs médicamenteuses, on les a traités... Là il y a eu une déclaration sur la contention... On l'a travaillé ponctuellement, on avait travaillé aussi le circuit du médicament, là on travaille sur la charge de travail et ce que l'on pourrait appeler « améliorer l'organisation des soins » ... On travaille sur les dossiers de soins... ensuite en réunion d'équipe c'est essayer d'harmoniser ce que font les uns avec les autres, de faire connaître ce que les uns et les autres font, de parler aussi des difficultés ponctuelles au niveau de la relation avec le patient par exemple, les mouvements de personnels... Je travaille sur le plan de formation actuellement... Voilà, des choses ponctuelles. Vous me parlez très « organisation », très « travail »... Les marges de manœuvre ? peut-être le fait de connaître vos agents, d'avoir des temps plus ou moins informels ou les laisser faire... Depuis 5 ans, j'ai évolué... J'ai changé ma façon de faire, l'équipe a pris davantage de poids, donc c'est vrai que je délègue probablement davantage aujourd'hui qu'avant... heu..., Alors l'autonomie... j'essaie de laisser un maximum d'autonomie aux agents... Je me rends bien compte que parfois ce n'est pas tout à fait vrai... J'essaie de me reprendre chaque fois... Je pense quand même qu'il y a une relative autonomie pour preuve les groupes de travail pour la certification, les risques majeurs où chacun les a travaillés un peu dans le sens où il en avait envie.	Echange Rencontre Espace Groupes Harmoniser Formation Délégation Autonomie Marge de manœuvre Groupe sens
CDS4	De toutes les manières, moi ce que je pense c'est tout l'axe relationnel, c'est heu... être à l'écoute. Je pense qu'en tant que manager il faut pouvoir être à l'écoute et puis redonner du sens à ce qu'ils font, je pense que c'est surtout ça le gros souci. S'il n'y a pas de sens à ce qu'ils font on a une équipe d'aveugles qui marchent dans le noir et qui ne savent pas où ils vont. Donc oui moi je pense que c'est surtout l'ambiance. Une équipe c'est cyclique, nous on sait bien en tant que manager c'est comme une grande famille, je n'aime pas trop ce terme là parce que j'aime pas trop mélanger la famille et le travail mais un peu dans ce sens-là... Il y en a toujours un qui ne va pas bien. Pour moi c'est vraiment le sens, s'il y a du sens et que les gens savent pourquoi ils travaillent c'est déjà plus simple. Ensuite si les tâches de travail sont bien définies, c'est beaucoup plus simple de s'y retrouver. Et je pense que c'est ça qui est un peu compliqué c'est le flou qui peut être mis dans les équipes avec le turn over des équipes, donc... heu... Le manque de suivi au niveau des patients... C'est tout ça en gros. Je ne sais pas trop.	Relationnel Ecoute Donner du sens Climat Missions rôles
CDS5	Je suis arrivé il y a peu, alors j'écoute et je tente de comprendre ce qu'ils font. Ils sont obligés de tout m'expliquer alors le lien est facilité... Facilité les échanges je crois que c'est cela... Avec moi et entre eux. Il faut être là, présent au maximum. Etre sur deux CMP ce n'est pas facile mais mes collègues cadres plus anciens m'aident beaucoup. Les équipes sont autonomes et bien expérimentées. Moi, je m'assure des moyens pour leur permettre de travailler dans les meilleures conditions possible... J'essaie de les dégager des petits tracas...	Ecoute Connaitre le travail Autonomie Conditions Soutien
CDS6	Je pense que c'est par un management présent que le cadre prend soin de son équipe. Créer des espace d'échange permet de travailler sur les pratiques. Après en psychiatrie, l'équipe est pluridisciplinaire, on ne parle pas à un infirmier comme à un agent de service hospitalier. Il faut donner un sens à chacun, valoriser chacun. Attention, il faut bien clarifier les missions pour donner du sens. Il faut opter pour un management de proximité. Il faut arriver à faire travailler les gens ensemble, dans un but commun. Après ils faut que les agents s'y retrouvent. Il faut entendre leurs valeurs. Une bonne entente et bien se connaître c'est cela pour moi. Il faut valoriser le potentiel de chacun. Entendre ce qui ne va pas et soutenir. Mettre de l'huile quoi, faire de la relation et arrondir les angles. Proposer des temps pour se connaître.	Présent Espace dialogue Adaptabilité Donner du sens Missions-rôle Valeurs Climat Soutien Ecoute

Annexe 12 : Réponses des cadres à la question 2 : Comment conciliez-vous Qualité des soins et QVT ?

CDS	Réponses question 2	thèmes
CDS1	<p>En fonction des pathologies et des prises en charge, c'est lourd voir contradictoire. On essaie de faire en sorte que le patient sorte avec un minimum. Ça dépend du profil du patient. Certains patients, qui sont complètement isolés, qui n'ont pas de famille, on sent qu'en les laissant partir sans rien, on sent qu'ils vont revenir rapidement. Parfois, on les laisse partir sans rien, on sait qu'ils vont revenir, et c'est frustrant. Et pour les soignants aussi c'est frustrant, parce qu'on en arrive à faire des choix qui ne vont pas dans notre sens. Quand on fait le choix de laisser un patient en SDRE pendant plusieurs jours, qu'il y a un risque de fugue et qu'il n'y a plus d'iso disponible, qui peut être dangereux à l'extérieur et dans un lit on a un patient stable mais qui a un problème de logement, le choix est vite fait ! On fait sortir le patient qui a un problème de logement mais qui est stable psychologiquement. Donc là on revient au basique, quelle est notre mission ? C'est de stabiliser les patients en crise. Et ça, c'est frustrant. Alors comment le reprendre avec les équipes après ? C'est en leur disant, qu'on n'a pas...qu'on a plus les moyens de s'occuper des problèmes sociaux, de traiter, de donner une solution aux problèmes sociaux de tout le monde. C'est frustrant. Même pour nous en tant que cadre, en tant que médecin aussi, parce qu'on discute souvent... c'est vrai que c'est frustrant. Quel lien faites-vous entre le bien être et le bien faire ? A-t-il une influence, en psychiatrie a fortiori, ou pas ? Existe-t-il un lien, un impact entre le bien être de votre équipe et les prises en charge ? Et inversement, est-ce que le moral de l'équipe impacte les prises en charge ? Les prises en charge impactent sur le moral de l'équipe quand on a des patients qu'on a du mal à stabiliser. Quand ça fait longtemps, que les familles ne sont pas aidantes, et qu'au niveau social c'est lourd, à un moment donné c'est compliqué. Les patients qui ont de multiples rechutes, deviennent plus résistants aux traitements. C'est compliqué... C'est compliqué d'arriver à un moment où on se dit qu'est-ce qu'on doit faire... On change de traitement ? ça prend du temps quand on change de traitement, pour pouvoir observer une amélioration. Et là pour l'équipe, ça devient lourd. On en a une qu'on connaît depuis des années en ce moment, on est en train de travailler avec elle une admission dans un foyer, on a déjà l'avis favorable, il manque juste le côté administratif à finaliser. Mais on sent qu'elle est très ambivalente, elle nous fait payer le fait que nous on contribue au fait de chambouler sa vie. Elle nous le fait payer cher. Et pour nous c'est lourd. On a du mal. Alors, ce qu'on peut faire, et ce que l'on essaie de faire c'est de travailler avec le CMP, mais les CMP ne sont pas toujours adaptés, beaucoup de patients n'y vont pas. Les CMP sont sur un autre temps que nous, ils ne comprennent pas toujours l'objectif, et ne voient pas l'intérêt de discuter d'un patient. Je dirais, là on a, sur les 21 patients, heu... 20 en ce moment, on en a 10 qui n'ont pas de logement. 10 dont les parents sont un peu démissionnaires car c'est compliqué à la maison. Alors ils sont soit dans la rue sans rien, d'autres sont réfractaires à tout et n'adhèrent à rien, et là je ne sais pas... La réunion de synthèse, on peut en parler, mais on peut en parler à chaque réunion de synthèse mais on n'en voit pas le bout. On n'en voit pas le bout parce qu'on se sent un peu seul. Les CMP nous disent, notamment pour un, nous on l'a pas vu depuis 1 an et demi mais on pensait qu'il était déjà placé, donc les psychiatres qui les ont suivis à l'extérieur... ils nous... On se sent seul. On se sent vraiment seul sur le coup. Vous vous rendez compte ? 10... 10 sur 20... C'est énorme... C'est la moitié. Voilà. Les synthèses c'est pas aidant pour le coup. Et pour les soignants ? On en parle. On en parle parce que, bon, quand ils en ont marre, ils en parlent. Il y a des moments de répit heureusement, il y a parfois des petites flammes d'espoir, mais cela ne dure pas parce qu'à chaque fois il y a toujours la petite flamme qui est bouffée par la grande flamme qui arrive par-dessus et qui nous fait perdre la petite flamme d'espoir quoi.</p>	<p>Contradiction</p> <p>Frustration /travail</p> <p>Donner du sens</p> <p>Discussion</p> <p>Impact bien travail sur</p> <p>Temps</p> <p>Communication Lien</p> <p>Donner du sens</p> <p>Projet patient Réunion synthèse</p> <p>Participatif</p> <p>Discussion Ecoute</p>
CDS2	<p>J'ai le sentiment qu'il y en a certains qui sont plus à l'aise sur telle ou telle action, donc je mets telle personne plus à l'aise pour que cela marche. J'observe comment c'est perçu au niveau de l'équipe... L'autre point, c'est de pouvoir leur dire qu'on entend, c'est dur... Au moins de reconnaître à un moment donné qu'on leur demande beaucoup, qu'on les « pressurise » parce que nous aussi on est « pressurisé », parce qu'il y a des objectifs... après, j'avoue que comme je ne suis pas à l'initiative d'un groupe... j'arrive pas à impulser de dynamique. Utilisez-vous un management particulier ? Je fais par rapport à la situation que je vis. On verra bien. En sachant que j'apprends tous les jours. C'est une chance, les infirmiers m'expliquent les soins, et cela demande du temps. Du coup, et bien on peut faire défiler une séquence et comprendre où sont les enjeux et les moments de tension. [Silence]... Si je ne me trompe pas, vous me dites que pour garantir la meilleure prise en charge possible pour le patient et que vos agents aillent le mieux possible, quelque part vous seriez plus sur un management situationnel, en fonction du contexte mais plus sur un versant participatif. Oui.</p>	<p>Valorisation des compétences</p> <p>Reconnaissance</p> <p>Apprendre Temps</p> <p>Bien-être pour bien faire Situationnel Participatif</p>
CDS3	<p>La difficulté je pense c'est peut-être au niveau financier... Arriver à répondre aux besoins de l'unité en sachant qu'il y a une restriction des budgets. Par exemple le PPI 12000€ pour tout le pôle pour 15 unités. On est loin de répondre aux besoins. Comment on fait pour gérer la frustration, l'insatisfaction des agents, ... Quand on voit que dans le service, il y a des choses</p>	<p>Finances</p> <p>Frustration</p>

	<p>qui tombent en ruine et que l'on ne peut pas les remplacer, alors...Comment on gère ça ? Alors en se disant là c'est un peu compliqué et l'année prochaine ce sera un peu plus large. Il faut prioriser. Il faut donner les éléments de réalité, en disant c'est vrai, on n'a pas beaucoup... C'est comme ça... On ne va pas pouvoir augmenter les budgets, c'est pas nous qui décidons. A nous de décider ce qui est prioritaire mais je pense que le fait de bien expliquer aux gens ce qu'on peut et ce qu'on ne peut pas faire ça permet de moins faire de gymnastique en tant que cadre. L'idée transparence, donner du sens ? Oui c'est tout à fait ça, c'est vrai aussi avec le plan de formation assez petit... Il faut expliquer pourquoi on fait ces choix et faire en sorte que ces choix soient moins difficiles. Les agents doivent sentir qu'il y a eu une réflexion derrière ce qui a été décidé, supprimé... Et que je connais bien la réalité du terrain. Oui, je sais c'est compliqué. Mais. Il faut une transparence... Il faut que les gens comprennent aussi pourquoi on fait ces choix. Idée « donner du sens », partir d'un constat réel, on ne ment pas et le négociable et le non négociable. Le pourquoi. L'important c'est surtout de ne pas raconter des choses que l'on ne pourra pas faire et être bien vigilant sur les délais. On a commandé quelque chose mais on ne l'aura pas avant 2 ou 3 mois. Et puis montrer, alors je pense à tout ce qui est « travaux », faire en sorte que nos demandes soient bien relayées. On a fait remonter les besoins, c'est très coûteux, dès que j'aurai les délais je vous les donnerai. Il faut que les gens sachent que l'on a repéré des difficultés on les a fait remonter, elles sont ou non finançables, et on revoit les délais des finances. Et parfois on voit revoit rien du tout parce qu'on n'a pas de délais. Les portes, les PTI, ça fait deux ans qu'on les demande, je crois rêver, et quand les agents me disent « nous n'en avons pas », je dis oui je sais, je m'en occupe tous les jours...</p>	<p>Transparence Sens Confiance</p> <p>Formations</p> <p>Travail réel Donner du sens</p> <p>Négociable Non négociable</p> <p>Ecoute Connaissance terrain Soutien</p>
CDS4	<p>Il y a plusieurs types de management, déjà si t'es paternaliste... si tu es un petit peu...voilà... Je pense que ce qui est intéressant c'est de ne pas avoir un management autoritaire je trouve que tu n'y gagnes rien par rapport à ça... C'est plus un management je dirais relationnel où tu poses des objectifs mais je crois qu'on a une part de manipulation malgré tout en tant que manager. On emmène les gens là où on a envie de les emmener, après il y a plusieurs possibilités... Soit tu fais réfléchir l'autre et tu lui fais croire qu'il a eu l'idée... Ça ce n'est plutôt pas mal... C'est aussi des fois assouplir les pratiques en apportant déjà un contenu pour pas commencer une réunion par « tient, on fait quoi ? » A partir d'un contenu, d'un postulat on peut travailler... dès que tu as des objectifs et que tu poses les choses je pense ça roule plutôt bien quoi. D'ailleurs ça sécurise les équipes. Ça rassure. Moi je pense. C'est sûr que dans le management tu n'as pas que la qualité des soins à tenir, t'as aussi tout le comportement de tes agents à gérer... Et le comportement de tes agents, ça c'est toi, si tu es trop laxiste tu donnes ça et ils te prennent ça... Et si tu es trop dur moi je pense qu'ils font tout dans ton dos. Donc il faut essayer de trouver un juste milieu. Je pense que des fois il faut savoir être diplomate et prioriser... Ce n'est pas la peine de tout pointer... Par contre il y a d'autres choses où tu ne dois pas laisser passer. Il n'y a pas de recette de cuisine. Il y a plusieurs styles en management... le paternaliste, il est à l'écoute, il connaît tout sur la vie de tout le monde, les agents, les enfants, les anniversaires, et il y en a qui apprécient ça et du coup ça peut fonctionner, après moi je pense c'est un mixe de tout. Il faut s'adapter à la personne et au contexte. Pour moi la plus grande qualité d'un cadre c'est son adaptabilité. Parce que toi tu ne peux pas à un moment donné dire trop crûment les choses parce qu'après tu auras le retour de bâton... Autant les équipes peuvent dire « c'est nul avec vous »... J'essaie de ne pas montrer le stress que je peux avoir à l'équipe pour pas les rendre instables. Je crois qu'il y a de ça aussi... Si le manager, c'est comme le capitaine du bateau, s'il est entrain de te dire « on va couler », t'as tout le monde qui est déjà en train de plonger et ils prennent les chaloupes pour se tirer... alors que s'il tient les trucs, il dit « non, on va s'en sortir, ne vous inquiétez pas » et qu'il montre une posture, je pense que c'est plus facile de suivre. C'est accompagner, c'est être avec. C'est une question de curseur, il faut prioriser en fonction de ce qu'il y a à faire, entre qualité des soins et bien être de l'équipe. C'est de savoir... Négociable et non négociable... Dans le négociable, il faut lâcher un peu, donner de la marge... Pour souffler... je lâche cela, et à un autre moment on fait autrement, c'est exactement ça.</p>	<p>Relationnel</p> <p>Donner du sens</p> <p>Autonomie Marge de manœuvre Objectifs</p> <p>Rassurer Soutien</p> <p>L'équilibre</p> <p>Situationnel</p> <p>Adaptabilité</p> <p>Capitaine Leadership</p> <p>Négociable Non négociable Marge de manœuvre</p>
CDS5	<p>Je pense que les agents qui comprennent ce qu'ils font et qui sont motivés, voir passionnés, donnent le meilleur d'eux même. Ils font « pour le patient », mais des fois à la place, ils rentrent dans l'affectif. Je pense qu'il faut leur apprendre à prendre de la distance pour se protéger. Je suis encore en phase de découverte de la spécialité.</p>	<p>Donner du sens Motivation</p>
CDS6	<p>Ce qui est compliqué c'est que je leur demande toujours plus... Parce que je sais qu'ils en sont capables. Et je leur dis. Il faut croire en eux. Après les réajustements sont nécessaires... Mais déjà si le but est commun, s'ils savent pourquoi ils sont là et pourquoi ils le font je pense qu'il est plus simple de dynamiser l'équipe. Et puis les groupes de travail... Tout le potentiel des agents, chacun avec son regard... Faire travailler les gens ensemble... Laisser la possibilité aux agents de trouver des solutions vraiment faisables et applicables dans la réalité du terrain... et rapidement... Ils veulent des solutions rapides... Ils sont tous motivés pour progresser et ça c'est un réel levier pour moi. La culture de la remise en question est très forte ici. On s'écoute.</p>	<p>Positif Dynamique Donner du sens Groupes Valorisation Reconnaissance Motivation Compétences</p>

Annexe 13 : Réponses des cadres à la question 3 : Qu'évoque pour vous la QVT ?

CDS	Réponse question 3	thèmes
CDS1	<p>C'est de l'ÉPANOUISSEMENT. Je ne dirais pas de la satisfaction, attention. Parce que c'est plus de l'épanouissement... C'est-à-dire que dans le travail, il faut être bien conscient... [interruption 2 minutes, patient]. Reprise... C'était très intéressant, nous parlions de votre définition de la qualité de vie au travail et vous me parliez d'épanouissement, terme que vous différenciez de satisfaction. EPANOUISSEMENT ah oui, c'est vraiment ça. Épanouissement qui n'est pas satisfaction, car il faut savoir que dans le travail en général, dans le milieu professionnel, on peut faire des choses qui nous plaisent bien et des choses qui peuvent ne pas nous plaire et donc ne pas nous satisfaire. Là où je parle d'épanouissement c'est parce que dans l'épanouissement je vois... heu dans la vie de manière générale, on n'est pas toujours satisfait de tout. Dans la vie, il y a des choses bien et des choses moins bien, des choses qu'on aime et des choses qu'on aime moins. Dans le travail c'est pareil. On ne peut pas être toujours satisfait au travail. Par contre, là où je pense que si on est toujours frustré, à un moment donné on n'est pas bien. On peut parler effectivement... de souffrance. Mais, si on est épanouie dans ce que l'on fait, et qu'on arrive quand même à avoir des moments où on est suffisamment content, satisfait de ce qu'on peut faire même si ça ne va pas toujours dans notre sens... Pourquoi pas, je pense que c'est la vie de manière générale. Mais je dirais c'est plus de l'épanouissement. Alors ce qui épanouie c'est bien entendu que des satisfactions, mais on ne peut pas avoir toujours que des satisfactions. Il faut savoir faire... Il faut avoir un certain équilibre. On ne peut pas toujours faire ce qu'il nous plaît. Et à votre avis, la qualité de vie au travail, cela touche quel(s) domaine(s) ? Je voudrais avoir votre avis par rapport à l'organisation, l'environnement, la réponse aux attentes des équipes... C'est un ensemble. C'est pour ça que je dis... ça ne peut pas être un domaine, parce que si c'est un domaine, on ne peut pas être épanouie. Le travail c'est un ensemble de choses. Voilà. C'est pour ça que je dis bien que ça ne peut pas être que de la satisfaction. Après, effectivement, il faut savoir prendre suffisamment de recul, il faut mettre une juste distance, parce que sinon on est toujours malheureux. Il y a des moments où ça peut ne pas aller bien au travail. Mais il faut savoir rebondir et mettre suffisamment de distance pour pouvoir réfléchir, pourquoi et comment on peut faire pour améliorer les choses, vous voyez ? D'accord... Très bien.</p>	<p>Epanouissement</p> <p>Satisfaction</p> <p>Frustration</p> <p>Souffrance</p> <p>Equilibre</p> <p>Un ensemble</p> <p>Distance</p> <p>Implication</p>
CDS2	<p>Pour moi, le premier point c'est d'avoir envie de venir, de se dire que tu vas apprendre des choses nouvelles et que tu vas pouvoir apporter ou permettre qu'il y ait moins de souffrance auprès des patients. Cela serait ces trois choses-là : le plaisir de venir travailler, travailler en équipe et apprendre. Quel que soit le moment de sa carrière, je crois qu'on apprend tous les jours et c'est cela qui m'intéresse. Si j'apprends plus, je n'ai pas d'intérêt. Ça serait vraiment ça. Cette qualité de vie au travail, touche-t-elle à votre avis un domaine particulier ? Ah non pour moi c'est tous les domaines. Après je crois que c'est aussi ce que tu as envie d'en faire sur ton temps de travail... soit t'es là, tu fais tes horaires et point barre, et tu t'arrêtes à ça, et tu ne vas pas chercher d'infos ailleurs et effectivement ton boulot peut être assez lassant...ou blasant, alors que si tu te dis « bon voilà, tu fais des trucs ici mais tes lectures peuvent être en lien avec ton travail, tu gagnes du temps ». Ça me paraît une évidence.</p>	<p>Envie</p> <p>Apprendre</p> <p>Souffrance</p> <p>Travailler ensemble</p> <p>Ensemble</p> <p>Implication</p> <p>Connaissance</p>
CDS3	<p>Arrêter de demander 10 fois les mêmes choses pour les obtenir ! J'entends bien, mais de façon plus conceptuelle, pour vous, qu'est-ce que c'est ? C'est pouvoir travailler dans des conditions un peu plus sereines, être associée au changement, heu...Ne pas être sollicitée uniquement quand le bateau coule... La QVT c'est aussi sentir qu'autour de moi les gens sont bien, ont ce qu'il faut pour travailler, ils travaillent sereinement... Chacun sait ce qu'il fait et ainsi on offre une qualité de soin au patient. Et si vous aviez un indicateur personnel ? Tellement de facteurs.... Peut-être que le plus important c'est la tête de mes agents, de mon équipe... C'est ça... quand on se voit... c'est leur satisfaction à eux qui me satisfait. La QVT c'est de la satisfaction. Vous mesurez votre QVT à celle que vous induisez chez les autres ? Si les agents vont bien je vais bien, s'ils vont mal, je vais mal. Je suis impactée par cela. Quand ils courent partout, qu'est-ce que je n'ai pas fait, qu'est-ce que je peux faire pour améliorer... Oui je pense que c'est cela qui est le plus important. La QVT ça touche tout. Même l'organisation ? Oui. Dans la QVT on imagine que les organisations sont bien en place sauf que non. La QVT c'est comment on travaille les uns avec les autres et quand on ne sait pas qui est là et qui n'est pas là quand on ne sait pas à quelle heure arrive telle ou telle personne quand on n'arrive pas à joindre telle personne, ça crée du dysfonctionnement de l'insatisfaction et donc de la mauvaise qualité de vie.</p>	<p>Financier</p> <p>Conditions</p> <p>Sereines</p> <p>Equipe va bien</p> <p>je vais bien</p> <p>Ensemble</p> <p>Satisfaction</p> <p>Bien être pour bien faire</p> <p>Travailler ensemble</p> <p>Insatisfaction</p>
CDS4	<p>La QVT, moi c'est un épanouissement... C'est qu'il faudrait pouvoir jumeler la partie travail qui peut être dite chiant et je pense le côté plaisir que l'on prend à faire ce qu'on fait. Parce que le gros souci je crois, surtout dans les métiers paramédicaux, je pense qu'il y a une certaine forme de vocation à la base... Il y a un intérêt à l'humain. Ce n'est pas pareil que d'aller vendre des cuisines ou des bouteilles de vin... Tu vois ? Je pense que déjà tu pars sur une bonne base... Tu pars sur des gens qui ont normalement, et je dis bien normalement, qui ont un minimum</p>	<p>Epanouissement</p> <p>Plaisir</p> <p>Intérêt pour le travail</p>

	<p>d'intérêt pour ce qu'ils vont faire. Tu ne fais pas infirmière par hasard je pense. Tu ne fais pas psychomotricien par hasard non plus. Je ne pense pas, après peut-être... Si tu as cette base-là, après le tout c'est de rendre les choses intéressantes... Maintenant où ça pêche c'est qu'on nous oppose le financier avec la qualité, et que le financier ça nous empêche le développement de la formation professionnelle. Et ça je pense que c'est une grosse lacune. Pas qu'ici, c'est partout. La formation, on n'est pas assez efficace. La formation c'est un espace qui te permet de te poser des questions que tu ne te poseras jamais au quotidien parce que tu es dans ta routine. Et que t'embauches le matin, tu badges, tu débadges, et à un moment donné tu rentres dans un truc où tu vois plus forcément l'intérêt du travail. Une grosse lacune au niveau national je pense en psychiatrie c'est qu'il n'y a pas beaucoup d'écrits en français, beaucoup de traductions. Pas d'écrit français, pas d'unité de recherche... Moi j'adore la recherche. Ça pourrait être un projet. Si on avait plus de matière théorique après on pourrait faire plus d'articulations avec la pratique, et les agents y trouveraient peut-être plus leur compte.</p>	<p>Intérêt</p> <p>Finances Formations</p> <p>Prendre du recul</p> <p>Appropriation</p>
CDS5	<p>Pour moi c'est quand le salarié est satisfait de ses conditions de travail. Après c'est sûr que c'est un sujet très vaste. La psychiatrie c'est difficile, il faut s'adapter à chaque situation. Mais ils semblent s'épanouir... C'est ça c'est aussi s'épanouir au travail... Je travaille bien je vais bien... Ils s'organisent entre eux pour le planning, je vérifie juste. Pour moi c'est quand ils sont contents de travailler, de venir... Même si les agents râlent tout le temps, j'y vois une forme d'implication. Par contre, les anciens dépassent leurs rôles et en font plus, je dois cadrer un peu pour qu'ils se protègent.</p>	<p>Satisfaction</p> <p>Conditions</p> <p>Epanouissement</p> <p>Bien faire pour bien être</p> <p>Implication</p>
CDS6	<p>Pour moi la QVT c'est être satisfaite de ce que je fais... Et si l'équipe va bien alors je vais bien. S'ils souffrent je vais moins bien. Ma QVT c'est de chercher à améliorer la leur. Bien sûr on ne peut pas être tout le temps satisfait, mais de belles réussites permettent de tenir. Moi ma QVT c'est quand tous les matins je suis contente de venir travailler, pour prendre soin de l'équipe pour qu'à son tour elle prenne soin des patients.</p>	<p>Satisfaction</p> <p>Bien faire pour bien être</p>

Annexe 14 : Réponses des cadres à la question 4 : Que pensez-vous de mon hypothèse/ «co-construction » ?

CDS	Réponse question 4	thèmes
CDS1	<p>Il faut co-construire les choses, parce que euh... par exemple, si le cadre vient avec toutes ses idées déjà faites... Je dirai que le cadre supervise, encadre, mais elle ne fait pas tout. Un cadre ne fait pas tout. Et ce sont les équipes qui mettent en œuvre les projets. Les équipes mettent en œuvre les projets, le cadre est là pour guider, pour accompagner dans cette mise en œuvre. Et cette co-construction est importante parce que si les équipes ne sont pas impliquées dès le départ en amont, ils ne vont pas forcément pouvoir donner du sens. C'est comme si le cadre fait son projet et l'impose. Si les équipes ne se retrouvent pas dans ce projet, quel est le sens ? Ils ne vont même pas savoir pourquoi ils le font. Donc, ils ne vont pas s'impliquer, il y aura des réfractaires, il y aura des gens qui vont un peu trainer des pieds, le but c'est pas ça. Le but c'est effectivement qu'ils se sentent bien, épanouis, et qu'ils puissent se retrouver aussi dans ce projet. C'est pour cela qu'il faut cette co-construction. Il faut que cela soit une collaboration pour cette mise en œuvre. Sinon, cela n'a pas de sens.</p> <p>Vous arrivez à appliquer cette co-construction avec eux ? Ou c'est encore difficile ?</p> <p>En général, je... par exemple... un truc simple... Quand euh... Même quand c'est des choses qui se rapportent au règlement et à la loi, ... La loi on ne peut pas ne pas l'appliquer, mais quand je fais un rappel, je leur dis « je vous propose une chose, soit de refaire une fiche ou de refaire un outil, ou le mettre en informatique dans un lieu pour que vous soyez sûr de pouvoir y avoir accès si vous en avez besoin » ... Ils choisissent l'outil, la médiation ou le support... voilà... Ils choisissent le support, et ils choisissent où mettre ce support pour être sûr que tout le monde y ait accès. Ce sont des choses basiques, mais ça part de là. Sinon, si moi je me dis « je le met là », et bien ils vont le chercher tout le temps, ils ne sauront pas où c'est. C'est pour cela qu'il faut toujours allier les équipes dans ce que l'on fait, sinon ils ne vont pas s'en saisir. Sinon cela n'a pas de sens. Le plus important c'est qu'ils comprennent le sens, que cela vienne d'eux. Imposer, c'est pas du tout intelligent de faire ça, c'est imposer un truc qu'ils ne vont pas suivre. Cela peut aider à ce qu'il se sentent mieux ?</p> <p>Mais oui... ça contribue aussi à ce qu'ils soient reconnus dans ce qu'on leur dit. Sinon cela ne sert à rien. On va leur imposer des choses dans lesquelles ils ne se retrouvent pas, eux ils vont se sentir obligés, et la relation après c'est... Il faut faire confiance aux équipes. Même s'ils sont capables de faire des choses complètement « folles », on est bien d'accord. Des fois ils font des trucs, ou ils disent des choses... mais il faut savoir leur faire confiance et savoir aussi observer un petit peu leurs réactions face aux changements, pour faciliter un petit peu l'adhésion puis l'implication. Je vous remercie beaucoup. Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce thème ?</p> <p>Non. Il faut allier qualité du travail à l'efficacité, c'est possible. Mais la conjoncture ne nous aide pas. Que pensez-vous de votre équipe ? Comment vont-ils ? Vu le profil des patients que l'on a, parfois je sais qu'ils sont frustrés par rapport à certains patients. Ah oui mais ils ont commencé à comprendre que... il y a des choses que... les décisions gouvernementales nous imposent, on n'a pas le choix quoi. Donc, j'essaie de faire au mieux pour qu'ils soient le moins frustrés possible. Ils essaient de faire au mieux. Bon, je pense qu'ils vont bien. Certaines ne vont pas bien, mais c'est un problème de positionnement. Ça n'a rien à voir avec l'efficacité ou la qualité. Ces personnes-là doivent travailler individuellement...[silence]... C'est la part de subjectif propre à l'individu ? Oui... De ce que vous me dites, mise à part la part de subjectivité, le plus important c'est donner du sens ? Oui. Sinon ce n'est pas la peine. Très bien.</p>	<p>Oui</p> <p>Mise en œuvre</p> <p>Implication</p> <p>Donner du sens</p> <p>Pour le négociable</p> <p>Oui</p> <p>Marge manœuvre dans le comment et pas le pourquoi</p> <p>Reconnaissance</p> <p>Trouver du sens</p> <p>Implication</p> <p>Subjectivité</p> <p>Donner du sens</p>
CDS2	<p>L'idée de la co-construction elle me semble intéressante, mais je mettrai un bémol. C'est-à-dire que, ...[silence] Vous comme moi, avant d'être sur une fonction de cadre, on a pu avoir des initiatives qui nous ont permis de voir un intérêt dans notre travail. Vous voyez ? Et que moi, en tant que cadre, ce que j'aimerais c'est qu'à un moment donné on embarque aussi dans un truc que l'équipe pourrait amener. Donc voilà, pour moi c'est ça mais je me laisse la possibilité de me laisser surprendre, pour que l'équipe me propose quelque chose. Je me dis, par rapport à ce que j'ai essayé de comprendre, c'est ça, c'est quand... le groupe de travail il est venu de l'équipe et pas de moi. Comment amener les équipes sur une co-construction ? Il faut être assis sur ses connaissances et à l'aise dans son poste. Je ne sais pas bien.</p>	<p>Oui</p> <p>Se laisser surprendre</p> <p>Marge de manœuvre</p>
CDS3	<p>Alors je pense qu'il est important que le personnel sache où est-ce qu'on va. Le manque de perspective dans son travail crée probablement...[interruption] ... Ce qui est compliqué c'est qu'il faut un peu tout faire en même temps... Il faut avoir des organisations qui soient cohérentes et qui permettent aux gens de se retrouver un petit peu dans ce qu'il font, il faut avoir des orientations... quand on dit par exemple, quand on fait des audits tous les mois sur les dossiers parce que ces dossiers vont être audités l'année prochaine et que, de cet audit dépend des recommandations ou non, c'est pas « on remplit des cases pour remplir des cases », c'est « on remplit des cases parce que c'est des chiffres qui vont monter à l'HAS ». C'est un objectif qui permet aux gens de bien comprendre pourquoi ils doivent le faire. J'ai perdu le fil de ce que je voulais dire...</p>	<p>Donner le sens</p> <p>Comprendre</p>

	<p>Oui... Avant de co-construire, il faut construire. C'est des choses... Il faut une direction, donner du sens, puis construire... Avec la maturité on peut co-construire.</p> <p>On ne peut pas demander aux gens d'avoir les objectifs de l'unité. Ça c'est le cadre qui le donne. Après, dans ce cadre, les gens peuvent bouger, manœuvrer et apporter leurs idées. C'est ce qu'on fait dans les groupes de travail pour la certification. Le cadre c'était « les risques majeurs », on a associé les gens à l'identification de ces risques, mais on a donné comme cadre les recommandations de l'HAS. Après dans chaque groupe chacun imagine des actions qui vont permettre d'améliorer, de faire diminuer ce risque. Je pense que c'est important d'y associer les gens parce que c'est eux qui sont sur le terrain, et que se sont eux qui ont l'idée de ce qu'ils peuvent réellement faire pour améliorer. Une co-construction sur les actions à mener oui, sur les objectifs non.</p> <p>Par exemple dans le groupe de travail sur la bientraitance, le groupe avait imaginé travailler la bientraitance du personnel et donc ça a été important de recadrer, le sujet c'est la bientraitance pour le patient. La bientraitance, vous voulez le travailler et vous avez raison c'est important, mais pas dans ce cadre. Donc on le place dans un autre cadre. C'est important de ne pas laisser complètement tomber ce sujet parce que les agents vont se dire que finalement ce n'est pas important pour le cadre alors que pour eux ça l'est. Il faut le repenser d'une autre manière et réorienter d'une façon qui va les satisfaire mais qui rentrera dans un autre groupe que celui qui était prévu. Donner la possibilité de... La QVT permet de fidéliser les agents, nous la fidélisation des personnels elle va forcément améliorer la qualité des soins. On sait très bien en psychiatrie, je pense qu'ailleurs c'est vrai aussi, mais c'est très vrai en psychiatrie, où on a des patients chroniques, avec lesquels le lien de confiance est parfois long à obtenir et quand on l'a obtenu et que l'agent s'en va on perd quelque chose. C'est important de travailler le fait de garder les agents le plus longtemps possible... Surtout les bien. Les agents qui sont bien il faut qu'on fasse en sorte qu'ils soient contents d'être là. Il y a aussi les formations qui sont hyper importantes, ça crée de la satisfaction d'être formé, d'apprendre des choses. De montrer que l'on tient compte de l'évolution des compétences pour les agents, je pense que c'est un volet très important. Et là c'est pareil, beaucoup de frustration parce que l'on ne forme pas assez.</p>	<p>Construire avant de co-construire</p> <p>Donner du sens</p> <p>Les objectifs non</p> <p>Pour les actions oui</p> <p>Marges</p> <p>Renaissance</p> <p>Travail réel</p> <p>Implication</p> <p>Adhésion</p> <p>Groupes de travail</p> <p>Prioriser</p> <p>Ecouter</p> <p>Fidélisation</p> <p>Appropriation</p> <p>Formations</p> <p>Compétences</p> <p>Valorisation</p> <p>Reconnaissance</p>
CDS4	<p>Bah... J'ai envie de répondre que c'est une évidence... Pourquoi, parce que de toutes les manières tu le vois bien, rien que sur le patient co acteur de son projet. Si tu n'impliques pas les gens il ne se passera rien. Après c'est ça on veut accrocher les 10 commandements au mur et que les gens les respectent... Moi je suis désolé mais j'ai besoin de comprendre pourquoi je fais ça, pourquoi je ne le fais pas et de participer... Tu vois c'est comme là j'ai beaucoup travaillé sur la contention et j'ai tout regardé la réglementation, et je me dis... Comment les infirmiers par rapport à leurs principes, leurs valeurs... Peut-être que c'est super compliqué et même le côté culturel et religieux qui diront « mais non moi je n'attache pas » ... Avec la cadre des urgences qui travaillait en psychiatrie et qu'en 10 ans elle n'a jamais posé une contention, moi j'ai du mal à y croire...</p>	<p>Oui</p> <p>Co acteur</p> <p>Implication</p> <p>Donner du sens</p> <p>Marge</p> <p>Reconnaissance</p> <p>Echanges pour développement compétences</p>
CDS5	<p>Pour être honnête théoriquement je suis d'accord avec ce principe, ce serait très bien. Pour le moment je sais que les professionnels sont impliqués dans plein de groupes de travail, et qu'ils travaillent sur des thèmes comme l'isolement, la contention ou encore le parcours du patient chronique avec d'autres cadres. Je pense que c'est là que cela s'exprime. Pour ma part, dans les deux structures, je m'efforce de comprendre comment ils fonctionnent pour pouvoir après les aider. Je pense que je dois bien comprendre, puis avec le médecin responsable nous mettrons en place des projets en y associant les professionnels. Je pense au dossier patient informatisé. De toute façon, si les agents ne sont pas impliqués le projet de marchera pas. Il faut associer tout le monde, je le vois bien surtout en psy. Je les rencontre en ce moment individuellement, je cherche à comprendre. En réalité, je crois qu'ils sont en train de construire des choses, j'essaie de leur donner les moyens de le faire (temps, salles) et je m'assure qu'ils vont bien vers l'objectif, par exemple réduire le temps de délais d'une demande de consultation. Je ne suis pas d'une grande aide, je dois encore prendre mes marques.</p>	<p>Oui</p> <p>Implication</p> <p>Groupes de travail</p> <p>Marge</p> <p>Reconnaissance</p> <p>Sens</p> <p>Associer</p> <p>Adhésion</p> <p>Implication</p> <p>Appropriation</p> <p>Accompagner</p>
CDS6	<p>C'est évident ! Maintenant en pratique, le projet d'unité découle du projet médical... qui n'est pas formalisé alors... Les grands axes sont connus et demandent à être explicités auprès de l'équipe pour donner du sens. Je pense que ce n'est pas l'équipe qui donne le sens, c'est le cadre... Mais chacun y trouve le sien... Puis par contre dans sa mise en œuvre, c'est dans les groupes de travail que leur talent s'exprime... Ils échangent, proposent, essaient... Il faut cadrer bien sûr... Mais je pense que s'ils ne sont pas associés rien ne peut marcher. Il faut co-construire avec eux les actions au regard de l'objectif.... L'objectif c'est d'arriver là, et ensemble on va construire le chemin, notre chemin pour y aller. Du coup, ils ont de la marge de manœuvre et se sentent vraiment impliqués... C'est comme cela qu'ils peuvent s'approprier le projet. Je remarque que ces groupes de travail leur permettent de « sortir » du service, de faire une pause dans le quotidien, pour réfléchir tout en gardant en tête la réalité du terrain. C'est un fabuleux outil de développement de compétences d'abord individuelles puis collectives. Ils participent en écoutant les autres, ils apportent des éléments, ils grandissent. Le souci c'est que c'est très chronophage mais ça marche très bien... Alors il faut accepter que cela demande du temps.</p>	<p>Oui</p> <p>Donner du sens</p> <p>Déclinaisons</p> <p>mise en œuvre</p> <p>Marge de manœuvre</p> <p>Coconstruction</p> <p>Des actions</p> <p>Appropriation</p> <p>Valorisation</p> <p>Développement compétences</p> <p>Chronophage</p>

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

Mémoire de fin d'étude

Entre bien-être et bien faire Quand le management de la co-construction des projets favorise la qualité de vie au travail au bénéfice de la qualité des soins

Laurence HATEZ

MOTS CLÉS

Cadre de santé – Qualité des soins –
Qualité de vie au travail – Co-construction –
Marge de manœuvre

KEY WORDS

Nurse manager – Quality of care –
Quality of life at work – Co-construction –
Flexibility

RÉSUMÉ

Le système de santé français évolue pour répondre à de nouveaux défis. L'Hôpital est en mutation. Entre culture de la performance et mal-être soignant, notre questionnement porte sur le lien entre le bien faire et le bien-être. L'objectif de ce travail était de déterminer comment le cadre de santé peut concilier ces deux injonctions a priori contradictoires : qualité des soins et qualité de vie au travail. L'éclairage conceptuel montre l'interdépendance : pas de qualité de vie au travail sans qualité du travail et inversement. Notre étude traite plus particulièrement des enjeux en psychiatrie. L'analyse d'entretiens menés auprès des cadres et de questionnaires complétés par des infirmiers, confirme que la co-construction du projet d'unité initié par le cadre de santé avec l'équipe favorise la qualité de vie au travail pour les professionnels au bénéfice de la qualité des soins pour les patients. Au-delà de la confiance, de l'écoute et des signes de reconnaissances, les soignants ont besoin de sens et de marges de manœuvre ce qui favorise vision, autonomie et appropriation.

ABSTRACT

The French health system is evolving to face the great challenges of tomorrow. The Hospital is changing. Between a culture of performance and the uneasy feeling of nursing staff, I considered the connection between working well and well-being. The aim of our study was determine how the nurse manager can combine both paradoxical injunctions: quality of care and quality of live at work. The conceptual question shows interdependence: no quality work life without quality work and inversely. My professional project was to investigate these issues with the psychiatric unit staff. The analysis of interviews with nurse managers and questionnaires completed by nurses, confirmed that the co-construction of a unit project impulse by the nurse manager together with the staff promotes the quality life of the health professionals and benefites the quality of care for patients. Beyond trust, attention and signs of recognition, professionals need to find meaning and flexibility which encourages vision, autonomy and ownership.