

*Ecole Supérieure Montsouris*  
*Université Paris Est Créteil Val de Marne*

# Diplôme de **Cadre de**



## ***Le cadre de santé levier de la santé au travail ?***

*Gérer les changements, prévenir les risques psychosociaux dans le management*

# ***Mémoire***

Maryse MABADIKA-CHOISY

2011-2012

DCS 11-12

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de 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.

« Un épisode cosmologique se produit quand les gens ressentent soudainement et profondément que l'univers n'est plus un système rationnel et ordonné. Ce qui rend un tel épisode si dramatique, c'est que le sens de ce qui se passe s'effondre en même temps que les moyens de le reconstruire ».<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> K. Weick et B. Vidaillet dit, *Le sens de l'action*, trad. Laroche, Vuibert, 2003, p. 65

## **REMERCIEMENTS**

J'adresse mes remerciements à Monsieur Alain KNOPF pour sa bienveillance en qualité de directeur de mémoire,

Je remercie tous les cadres de santé rencontrés dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire pour leurs disponibilités et l'enrichissement dont j'ai bénéficié lors des entretiens,

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique, la direction de l'Ecole Supérieure Montsouris qui a rendu possible une véritable aventure humaine à mon sens,

Je remercie particulièrement Catherine et Mariano pour m'avoir accompagné dans cette belle aventure, Rudy, Cyril et Youri, qui ont eu le courage et la patience de m'attendre, Claudine, Lydia, Eric, Muguette et Rudy pour leur soutien indéfectible et toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Enfin, je remercie mes amis de l'Institut de Formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris pour avoir partagé des moments privilégiés avec moi durant ces dix mois de formation.

# SOMMAIRE

## GLOSSAIRE

## INTRODUCTION

<b>1</b>	<b>LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE.....</b>	<b>7</b>
1.1	La situation de départ .....	7
1.2	De la question de départ à l'objet de recherche ...	11
<b>2</b>	<b>LE CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>13</b>
2.1	Le changement.....	13
2.1.1	Comprendre le changement.....	14
2.1.2	La résistance au changement .....	15
2.2	Le management .....	19
2.2.1	Du management au management hospitalier .....	20
2.2.2	Les différents types de management .....	23
2.2.3	Le management hospitalier.....	25
2.3	Les risques psychosociaux .....	26
2.3.1	Les différentes approches théoriques.....	27
2.3.2	Les différentes attitudes face au stress .....	29
2.3.3	Les interventions sur les risques psycho-sociaux .....	31
<b>3</b>	<b>L'ENQUETE DE TERRAIN.....</b>	<b>33</b>
3.1	La méthodologie de recherche .....	33
3.2	Les professionnels ciblés .....	34
3.3	La méthode de l'entretien.....	34
3.4	Les avantages et les limites.....	35
3.5	La restitution et l'exploitation des entretiens.....	35
3.6	L'analyse des thèmes retenus .....	43

3.6.1 Les changements successifs institutionnels ou organisationnels impactent le management .....	43
3.6.2 Les changements réalisés dans l'entreprise dans une dynamique de performance sans pallier de stabilisation induisent des risques psycho-sociaux .....	46
3.6.3 Le mode de management du cadre de santé influence la qualité de vie au travail des agents. ....	49
<b>4 LA SYNTHÈSE DE L'ANALYSE .....</b>	<b>52</b>
<b>5 RÔLE ET MISSIONS DU CADRE DANS LA PRÉVENTION DES RPS .....</b>	<b>54</b>
<b>6 HYPOTHÈSES D'ACTION .....</b>	<b>57</b>
<b>7 LES LIMITES DE CE TRAVAIL.....</b>	<b>58</b>

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## **GLOSSAIRE**

A.M.P. : Aide Médico.-Psychologique

A.S. : Aide-Soignant

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ASH. : Agent de Service Hospitalier

BNQ : Bureau de Normalisation du Québec

CDS : Cadre de santé

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
Dépendantes

IDE : Infirmier (e) Diplômé(e) d'Etat

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

RPS : Risques Psycho-sociaux

SSR : Soins de Suite et Rééducation

U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

Le changement fait partie de notre réalité quotidienne individuelle ou collective. Changement dans la vie politique avec toutes ces influences, changement de mode, de génération, d'époque.

Dans le paysage hospitalier, des changements aussi s'opèrent. Dans le domaine de la santé de nombreux textes législatifs impactent nos pratiques professionnelles, la qualité de notre prise en charge, la sécurité de nos soins. Faire le choix de gérer le changement c'est s'inscrire dans une logique active d'anticipation. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette gestion du changement, les traits de personnalité de l'individu, son histoire, sa perception de sa réalité.

Dans la sphère professionnelle, les managers sont souvent les vecteurs des changements institutionnels. Les cadres de santé constituent l'interface entre les équipes soignantes et leur hiérarchie. Ce sont les « articulations » qui doivent mettre en lien tous les acteurs et toutes les opérationnalités pour qu'aucun dysfonctionnement ne survienne dans l'organisation et ses évolutions.

C'est à ce titre que je réalise des recherches sur cet aspect négatif du changement et son impact dans le management. Il est source de mal être, de souffrance au travail, de stress, plus communément appelés risques psycho-sociaux.

Dans un premier temps, je présente le fruit de mes réflexions personnelles nourries de mes expériences professionnelles. A travers un cadre théorique j'argumente ces trois grands domaines pour évoluer vers la formulation d'hypothèses fil directeur de mes recherches.

Dans un deuxième temps, je réalise un exposé des entretiens réalisés. Je mets en parallèle les résultats des entretiens et les théories présentés pour appuyer mes hypothèses.

Je termine en suggérant quelques pistes de réflexions sur les facteurs impactant le climat de travail qui méritent toute l'attention du cadre dans la qualité de son management.



# 1 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

## 1.1 La situation de départ

J'occupe un poste en qualité d'infirmière coordonatrice depuis 2006. La situation est la suivante, les unités de soins de longue durée, situées dans un vieux bâtiment sur deux étages, vont déménager pour la réalisation de travaux. Les deux unités seront regroupées sur un seul bâtiment durant le temps de cette rénovation

Avec les agents, des moments difficiles apparaissent en raison de la promiscuité liée à cette cohabitation. Le bâtiment réservé à la gériatrie était constitué de deux services comportant pour chacun, leur salle de soins, salle à manger et personnel dédiés.

Ces travaux de rénovation nous confinent dans un espace très étroit. Les soignants déplorent cette promiscuité altérant à leur sens la qualité et l'organisation des soins.

Beaucoup de résidents sont à mobilité réduite, avec plus de 40 % en fauteuil roulant. L'utilisation de lève malade avec trois fauteuils dans la chambre, devient très vite problématique. Les relations deviennent très conflictuelles, jusqu'à ce que j'organise avec le directeur d'établissement et le médecin coordonnateur une réunion générale, pour présenter l'intérêt de ces travaux, leur avancée, et une proposition de réorganisation de cette cohabitation.

Nous convenons ensemble de placer dans une chambre qu'une seule personne à mobilité réduite dont l'état nécessite l'usage exclusif d'un fauteuil roulant.

Cette réorganisation se réalise sur deux journées. Une évaluation de ce nouveau dispositif est réalisée la semaine suivante. Les conflits s'atténuent. L'équipe patiente jusqu'à la fin des travaux. Nous investissons nos nouveaux murs avec beaucoup de plaisir en Janvier 2007.

En 2009, l'unité de soins longue durée de notre structure, devient Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il convient de signer une convention tripartite, en référence à l'arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cette convention tripartite détermine trois tarifs :

- ✓ un tarif hébergement, déterminé annuellement par le préfet.
- ✓ un tarif dépendance, évalué par la grille AGGIR, gradué en fonction du niveau de dépendance des résidents et dont le montant est arrêté par le président du Conseil Général
- ✓ un tarif soins versé directement par l'Assurance Maladie à l'établissement.

Le changement de statut du sanitaire au médico-social entraîne une diminution des effectifs en personnels et en moyens matériels pour le même nombre de lits et les mêmes résidents initialement en unité de soins longue durée. Il faut actuellement réajuster les plannings de travail et tenir des tableaux de bords rigoureux quant à la gestion des personnels et des matériels.

Je sollicite le directeur d'établissement pour l'organisation d'une réunion conjointe à l'adresse de l'ensemble du personnel de l'unité afin de les informer sur ce nouveau statut, de ses intérêts et de ses enjeux.

Le jour fixé, un grand nombre de personnels sont présents. Les acteurs de santé nous signifient leur démobilisation. Le déménagement, le changement de statut, puis la diminution de l'effectif en personnel représentent trop de bouleversement. Ils nous expriment des retours très négatifs de ces changements sur leur qualité de vie professionnelle.

Cette situation induit des interrogations sur les freins qui apparaissent à mon sens. Je fais un constat qui met en lumière les difficultés suivantes :

### **Pour les soignants :**

- Difficultés en raison d'incompréhension et/ou de manque de connaissances face à une nouvelle directive,
- Difficultés face à un changement,
- Difficulté d'un personnel stigmatisé par l'image dépréciée des services de gériatrie,
- Difficultés d'un personnel démotivé se plaignant de stress de souffrance, et d'angoisses au travail.

### **Pour le cadre de santé :**

- Difficultés dans la mise en œuvre d'une nouvelle directive institutionnelle et gouvernementale,
- Difficultés face à la grande démotivation des personnels pour l'application de pratiques soignantes bien traitantes au travail,
- Difficultés dans l'application de la directive car les répercussions négatives ont uniquement été retenue par le personnel.

Cette année, avant mon départ en formation de cadre de santé, la direction générale de l'établissement, m'informe d'un probable changement pour 2012. Ce serait fort possible qu'il n'y ait plus de gériatrie dans cet établissement qui comporte déjà des services de SSR et de MCO. Une prise en charge nouvelle sera proposée à la clientèle, chirurgie cardiaque ou rééducation juvénile-infantile ou création d'un hôpital de jour. Jusqu'à mon départ en formation, les équipes sont dans l'expectative, aucune communication n'a été réalisée par la direction.

Les réformes hospitalières, du plan hôpital 2012 à l'ordonnance N° 2005-406 du 2 Mai 2005 intitulé Nouvelle Gouvernance, succédant à l'ordonnance du 24 Avril 1996 et à la loi du 31 Juillet 1991 confrontent l'hôpital public et privé à une profonde mutation. De même, la certification, la tarification à l'activité, incitent toutes les structures de soins à s'inscrire dans une démarche d'efficience, d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

De plus, la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner a aussi permis l'évolution de nos pratiques professionnelles. Ceci dans l'intérêt d'une cohérence entre la demande, les besoins du malade et son adaptation au service proposé.

Par ailleurs à l'EHPAD, la moyenne d'âge des acteurs de santé de cette unité est de 46 ans. Plus de la moitié des agents ont plus de dix ans d'expérience professionnelle dans cette unité.

La création d'un service de chirurgie cardiaque ou de rééducation juvénile-infantile avec ces mêmes acteurs va nécessiter la mise en place d'un plan de formation en adéquation avec ce projet.

L'ensemble du personnel est très anxieux, démobilisé voir hostile face à ces changements imposés sans pallier de stabilisation véritable.

Tous ces éléments suscitent chez moi des interrogations autour de deux grands axes :

**Comment donner du sens par un management adapté dans une situation de changement ou de succession de changement ?**

**En quoi les risques psycho-sociaux peuvent impacter les organisations, les individus ?**

## 1.2 De la question de départ à l'objet de recherche

Afin de me guider dans mon cheminement j'ai consulté des mémoires conseillés par l'un de nos cadres formateurs dont les thématiques sont similaires au mien. Les bibliographies de ces mémoires font références à des auteurs communs. Il s'agit de CARTON Gérard-Dominique dans « Eloge du Changement »<sup>2</sup>, D'AUBERT Nicole et d'un collectif d'auteurs dans « Management aspects humains et organisationnels »<sup>3</sup> et enfin de l'ouvrage de MINTZBERG Henry « Le Management voyage au centre des organisations ».<sup>4</sup>

Par ailleurs, nombreux sont les écrits relatifs aux différents modes de management, et sur le changement dans les organisations. Je fais le choix d'un ouvrage sur les risques psychosociaux selon les recommandations d'une personne ressource dans ce domaine.

Ce travail de recherche, de réflexions que j'oriente vers ces différentes thématiques me sera nécessaire lors de ma prochaine prise de poste.

Ma réalité sera certainement la gestion du (ou des) changement(s). Le choix de ce travail de recherche sur le plan personnel, se réalise parce qu'il fait l'objet de réflexions antérieures sur les répercussions des changements sur les individus. En effet, la notion de changement, ses bénéfices et ses conséquences dans la vie d'un individu et plus particulièrement au travail m'est d'un grand intérêt. Je travaille dans cet établissement depuis vingt ans cette année. J'ai été secrétaire médicale, puis infirmière, puis infirmière coordinatrice durant cinq ans avant mon départ en formation. A mon sens, les changements avec leurs contraintes, leurs difficultés ou leurs avantages constituent des expériences qui participent à l'enrichissement de l'individu. Je

---

<sup>2</sup> CARTON, G.-D. Eloge du changement, Paris Pearson Education France, 2011, 273p.

<sup>3</sup> JABES Jak, Changement et développement organisationnel chapitre 14, in AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

<sup>4</sup> MINTZBERG, H. Le management voyage au centre des organisations, Paris : Ed. EYROLLES, 2eme édition, 2011, 703 p.

confronte mon expérience personnelle et professionnelle du changement à d'autres réalités professionnelles. Ma situation de départ en est une illustration.

Ainsi, de mes lectures et de mes nombreuses recherches, découlent ma question de départ qui est la suivante :

**En quoi les changements successifs peuvent-ils être vecteurs d'apparition de risques psychosociaux, et dans quelle mesure impactent-t-ils le mode de management du cadre de santé ?**

## 2 LE CADRE THEORIQUE

### 2.1 Le changement

De nombreux auteurs ont écrit sur ce concept. Avant d'y faire référence, je présente ma représentation de cette notion. A mon sens, le changement est une mutation décidée ou pas qui impacte sur la vie d'un être humain de manière positive ou négative.

CARTON Gérard-Dominique<sup>5</sup> évoque que nous disposons de trois attitudes face au changement, l'indifférence, la fuite et la confrontation. Le positionnement indifférent s'effectue lorsque ce changement n'entraîne aucun effet négatif ou positif. La fuite est par contre l'ensemble des moyens et tentatives mis en place pour y échapper. Mais peut-on fuir véritablement ? Combien de temps ? Ou ? Dans l'attitude de « confrontation » deux positionnements sont possibles, subir ou gérer le changement. Le subir est se mettre en mode passif, résigné, accepter en se sentant obligé. Le vécu, perçu ou ressenti peut être aussi très négatif, violent, source de stress, de conflits, de souffrance au travail

Le changement n'est un concept étranger pour aucun d'entre nous. En effet, il intervient que ce soit dans la sphère privée, le mariage, la naissance des enfants, les déménagements, les nouveaux amis ou dans la sphère professionnelle, changement de métier, de statut, d'employeur. Il représente pour certains un levier, nouvel enrichissement, nouveaux savoirs, nouveau départ, nouveau challenge. Pour d'autre, le vécu est différent, la représentation forte peut être anxiogène, synonyme de difficultés, vecteur de mal être.

Les changements leur fréquence, leur succession sans pallier de stabilisation, peuvent être préjudiciables, à l'entreprise, aux acteurs. C'est le cas dans ma situation de départ décrite précédemment, ou une succession de changements entraîne des conflits, des états de stress dans l'équipe. Le manque de temps réel pour l'appropriation de ces

---

<sup>5</sup> CARTON, G.-D. Eloge du changement, Paris Pearson Education France, 2011, 273p.

changements, avant la réalisation de nouveaux équilibres organisationnels peuvent être néfastes aux acteurs, au management, à l'entreprise, à son environnement. Mais que doit-on saisir de ce champ disciplinaire ?

### **2.1.1 Comprendre le changement**

BERNOUX<sup>6</sup> nous spécifie que les salariés qui développent des comportements d'appropriation, sont moteurs de changement. Essayer de maîtriser son environnement par un sentiment d'appartenance, ou en partageant une même culture d'entreprise, entraîne une posture active et donc une anticipation sur des changements à venir. Par ailleurs BERNOUX<sup>7</sup> avance aussi dans ce même ouvrage, qu'un salarié passif suivra ces nouveaux changements sans présenter de projet novateur. Cette passivité sera peut être même à l'origine de l'échec du changement.

Dans le paysage hospitalier une multitude de changements apparaissent. Ils peuvent être d'ordre organisationnels, ou encore d'ordre législatifs. Un grand nombre de lois sont apparues toutes ces dernières années de manières successives impactant nos pratiques professionnelles, nos comportements, nos domaines de connaissances, jusqu'à la réforme de notre cursus de formation infirmière.

Ainsi, le changement a priori ne rend pas indifférent.

CROZIER et FRIEDBERG<sup>8</sup> nous explicitent que le changement n'est ni une étape logique d'un développement humain inéluctable, ni l'impulsion d'un modèle d'organisation sociale meilleur parce que plus rationnel, ni même le résultat naturel des luttes entre les hommes et leurs rapports de force. Il est d'abord la transformation d'un système d'actions.

En fait, selon ces auteurs, le changement implique nécessairement un ensemble d'actions et de mutations. Pas seulement de nouveaux jeux,

---

<sup>6</sup> BERNOUX, Ph. Sociologie du changement nouvelle édition, 2004, Paris, Seuil, 368 p.

<sup>7</sup> Idem précédent

<sup>8</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Paris Editions du Seuil, 1977, 500 p.



mais plus encore de nouvelles règles, de nouvelles relations humaines et donc de *nouvelles formes de contrôle social*.

Mais dans quelles conditions le changement s'opère-t-il ?

BERNIOUX<sup>9</sup> précise que le changement ne peut pas seulement être une décision hiérarchique. Une certaine flexibilité est nécessaire lors de la mise en place du changement, elle est la condition sine qua none de sa réussite ainsi que de la place laissée à l'innovation dans l'organisation. D'après cet auteur le collectif ou l'individu, quelque soit l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou l'expérience, est capable de modifier son attitude. Ce qui impulse la réussite du changement sont les conséquences que les uns et les autres en retiennent. En effet, si le ressenti des individus face au changement est un gain qui se traduit en pouvoir, en bénéfice, alors ceci contribue à la réussite du changement. Par contre la perte est le frein majeur au changement. Ainsi, selon l'auteur l'opérationnalité et l'étude préalable du changement sont vecteurs de réussite.

Mais pour mieux comprendre ce concept que représente le changement, je vais présenter le principal obstacle qui a fait l'objet de nombreuses recherches, la résistance au changement.

### **2.1.2 La résistance au changement**

Le changement est incontournable et la résistance au changement est un phénomène universel. Cela peut devenir une source de difficultés aussi pour les personnes chargées d'appliquer le dispositif de mise en œuvre de ce changement. Mais pourquoi résiste-t-on au changement ? Dans ma situation de départ les personnels disaient être mal, ne pas comprendre l'intérêt de ce changement de statut, même après plusieurs communications sur le projet. Il aurait fallu alors identifier dans quelle étape ces acteurs se situaient dans ce dispositif pour adapter les attitudes et mieux les accompagner.

---

<sup>9</sup> BERNOUX, Ph. Sociologie du changement nouvelle édition, 2004, Paris, Seuil, 368 p.

Dans bien des domaines, électricité, histoire, aéronautique, la résistance à une consonance très positive. Dans le cadre du changement, la traduction est plutôt négative. Alors cela agace, irrite et ce frein au progrès est ardemment combattu. Pourtant selon d'autres auteurs comme JABES<sup>10</sup> J., la résistance au changement n'est pas systématiquement synonyme de dysfonctionnement. Elle peut devenir un moyen d'expression des frustrations ressenties. Sur le plan psychologique, c'est la peur de l'inconnu ou de la dépossession, la remise en cause de ses compétences métiers, l'appréhension de rompre avec des habitudes source de sécurité sont tant d'éléments entraînant une résistance.

De même CROZIER et FRIEDBERG<sup>11</sup> précisent que le comportement des acteurs existe surtout dans le jeu de pouvoir qui permet une véritable identité individuelle. Que ce soit dans la sphère sociale ou professionnelle, personnelle ou collective, tout changement est potentiellement périlleux s'il remet en question les zones d'incertitudes, et les moyens de contrôles des acteurs.

Ainsi avant d'utiliser tout moyen pour vaincre cette résistance au changement, il s'avère nécessaire de passer par une phase d'analyse puis de compréhension des jeux de pouvoir et des intérêts de chacun des acteurs. Par la suite des leviers pourront être utilisés, pour vaincre cette résistance, la communication, l'implication, le soutien des acteurs.

Selon CARTON<sup>12</sup> il existe cinq étapes dans un ordre immuable et constitue l'ensemble d'un processus psychologique adopté malgré soit. Il apparait surtout quand le changement n'est pas souhaité.

---

<sup>10</sup> JABES Jak, Changement et développement organisationnel chapitre 14, in AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

<sup>11</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Paris Editions du Seuil, 1977, 500 p.

<sup>12</sup> CARTON, G.-D. Eloge du changement, Paris Pearson Education France, 2011, 273p.

### **2.1.2.1**    *Le refus de comprendre*

Cette première phase intervient quand ni la nature ni l'impact du changement n'est ni compris ni perçu. Cette incompréhension n'a aucun lien avec la vivacité d'esprit ou l'intelligence de l'individu. Cette phase peut être très longue ou très brève, en fonction qu'elle heurte les valeurs profondes de l'individu, entraîne des conflits intérieurs ou est sans importance. Par contre, elle peut ainsi générer une souffrance intérieure conséquente. Seul des paliers d'ordres spirituels ou métaphysiques aident l'individu à évoluer vers une phase de résignation ou d'intégration.

Dans la sphère professionnelle, ce mécanisme psychique ignoré ou dévalorisé peut à tort être traduit par de la rigidité ou de la mauvaise foi.

### **2.1.2.2**    *La résistance*

La résistance au changement se manifeste surtout sous quatre formes :

- **L'inertie**, c'est la forme la plus courante de la résistance dite «douce».Le changement est communiqué, compris mais ne sont retenus que les inconvénients du projet. Aucune décision n'est prise, aucune discussion n'est vraiment engagée avec les protagonistes du changement. La procrastination<sup>13</sup> domine dans cette étape.

- **L'argumentation**, c'est par contre la forme privilégiée de la résistance et la voie d'intégration du changement. Les arguments permettent des échanges constructifs, des levées de doutes de réserves. Ceci entraînera des négociations qui seront peut-être indispensables à une avancée du projet.

- **La révolte**, elle équivaut à de la rébellion, c'est la colère, le passage à l'acte face au changement. Cela peut devenir violent. Concrètement il peut s'agir de grèves, de séquestrations des cadres

---

<sup>13</sup> JABES Jak, Changement et développement organisationnel chapitre 14, in AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

dirigeants. L'escalade des comportements est très souvent due à un sentiment de frustration. Des menaces tactiques (souvent vouées à l'échec car peu plausibles) ou stratégiques (inscrites dans une logique d'action) apparaissent, il est judicieux d'en tenir compte et d'en avoir une écoute attentive.

- **Le sabotage**, quatrième forme de résistance, il apparaît beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit. Arme préférée des enfants pour manifester leur opposition aux changements décidés par leurs parents. Le saboteur est lui aussi inscrit dans une logique d'absurde, qui contient une part de puérilité.

### **2.1.2.3**    *La décompensation*

Ici c'est l'abandon de toute lutte, une lassitude générale qui entraîne un abattement, une détresse face à une résistance contre ce changement non souhaité.

### **2.1.2.4**    *La résignation*

Phase la plus longue du changement, elle se réalise avec nostalgie des événements ou des organisations passées. La notion de temporalité intervient pour permettre à l'individu de faire ses deuils et évoluer vers l'intégration.

### **2.1.2.5**    *L'intégration*

C'est l'acceptation totale pour l'individu ou le collectif du changement et de ses impacts dans ses réalités. Le changement est alors bien compris. Selon CARTON, cette intégration peut être conceptuelle, c'est-à-dire la raison et le fondement de ce changement sont bien assimilés par les individus. Par contre, cela n'inclut pas son intégration comportementale. Celle-ci est la mutation du comportement de l'individu, que ce soit dans son discours, ou de sa mise en lecture de ce changement, dans ses attitudes ou ses postures. L'individu s'imprègne de ce changement, il se l'approprie. L'individu rebondit dans cette phase, un accompagnement pourvoit à sa réussite afin qu'il passe de l'intégration conceptuelle à la comportementale. Une adhésion à la

culture institutionnelle se réalise, l'émergence de ce que l'on désigne comme le patriotisme d'entreprise<sup>14</sup> et qui participe à la performance de l'organisation.

Le management semble l'un des mots clés lorsqu'il s'agit de conduire le changement. Le manager actuel tente d'adapter l'organisation en pilotant dans un contexte souvent turbulent. Cette situation est parfois périlleuse qu'il soit dans un contexte de management en général ou de celui plus particulier que représente le management hospitalier.

## 2.2 Le management

La littérature sur le management est particulièrement abondante. Au regard du thème de mon mémoire et de la formation que je réalise Il est nécessaire de définir ce champ disciplinaire, d'élargir mes propos sur l'évolution de la fonction de manager hospitalier, pour exposer les différents modes de management.

Selon R.A. Thiétard, manager c'est l'action, l'art, ou encore la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler. Ceci s'applique à tous les domaines d'activités de l'entreprise<sup>15</sup>. Le Petit Robert<sup>16</sup> précise que le management est un ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise. MINTZBERG définit le management comme « un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités ».<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> CARTON, G.-D. Eloge du changement, Paris Pearson Education France, 2011, 246-248pp.

<sup>15</sup> JABES Jak, Changement et développement organisationnel chapitre 14, in AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

<sup>16</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

<sup>17</sup> MINTZBERG, Henri. Le management : voyage au centre des organisations. Paris : Editions d'Organisation, 2005. 571 p.

Aux Etats-Unis le concept de management apparait comme un concept clé vers la fin des années 60. Il traduit la réussite d'un système de développement économique. Il semble être les postulats suprêmes d'efficacité et d'action. Ainsi l'on passe des patrons autodidactes amateurs aux jeunes diplômés des « Business schools ». <sup>18</sup> G. Nizard décrit le management comme une axiologie doublé d'une praxéologie, c'est-à-dire *une logique de l'action, d'une diffusion de ses pratiques, d'une analyse de ses processus de décision.* <sup>19</sup>

Toutes ces années ont permis une mise en lumière de la fonction de cadre de santé et de son évolution.

La fonction du « Chef » existe depuis la nuit des temps. C'est le guide, l'expert, le sage il est reconnu de tous.

## **2.2.1 Du management au management hospitalier**

C'est au 19<sup>ième</sup> siècle que la fonction d'encadrement de proximité est surtout définie, avec le rôle du contremaitre. Plusieurs théoriciens appartenant à des écoles distinctes ont permis l'évolution de cette discipline.

### **Les différentes écoles**

Elles présentent toutes un enrichissement dans leurs apports respectifs ainsi que des limites. Ces théories éclairent la fonction du manager dans les organisations. Dans le cadre de ce travail, deux courants de pensée sont retenus, ceux relatifs à l'école classique et à l'école des relations humaines.

### **L'école classique**

Le théoricien considéré comme le membre fondateur de la théorie des organisations est F.W. TAYLOR. L'intérêt est d'obtenir la manière

---

<sup>18</sup>,GRUERE Jean Pierre, *changement et développement organisationnel chapitre 14*, in AUBERT Nicole, JABES Jak, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

<sup>19</sup> Ibidem

optimale de réaliser une tâche. Il pratique le « One best way », la bonne personne au bon endroit, définition de la meilleure façon d'accomplir une tâche. TAYLOR affirme que le respect de certains principes tels que l'implication de la direction dans le management, la rationalisation du travail, la mise en place de contrôle strict, la valorisation salariale en fonction de la tâche, seront les leviers pour assurer la prospérité des employés ainsi que celle des dirigeants.

De même, le théoricien FAYOL H. apporte des solutions pour gérer les organisations complexes et échapper à leurs effets pervers. A son sens, la fonction d'encadrement se caractérise par cinq composantes : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler.<sup>20</sup>

Dans ce même courant d'idée, un auteur majeur dans la théorie des organisations, Max WEBER sociologue, apporte quatre concepts clés dans le champ managérial :

- L'autorité charismatique fondée sur les qualités personnelles du leader,
- L'autorité traditionnelle fondée sur le statut et l'histoire,
- L'autorité rationnelle-légale fondée sur la règle et les procédures,
- La bureaucratie comme moyen idéal pour faire appliquer des normes ou des procédures dans le cadre de relations impersonnelles.

Dans ce courant de pensée de l'école classique des limites apparaissent. Les individus assimilés à des machines sont contraints d'être dans une dynamique de performance de l'entreprise. Peu de place est laissée à l'expression de l'innovation ou de la créativité. D'autres auteurs appartenant à l'école des relations humaines nous amènent d'autres approches.

## **L'école des relations humaines**

---

<sup>20</sup> Ibidem

L'objectif de ce courant de pensée est de motiver les individus afin d'augmenter la productivité. Selon ces différents auteurs la valorisation de l'individu permet d'accroître la performance au travail.

Dans les années 20, Mary Parker Follett introduit le facteur humain dans la réflexion managériale. Elle est à l'origine de la notion « gagnant-gagnant » dans les relations cadre-collaborateur.<sup>21</sup>

Par ailleurs, dans les années 30, avec Elton Mayo le management s'inspire de la psychologie avec l'effet psychologique d'être l'objet d'une attention spéciale, il s'agit de l'effet Hawthorne.<sup>22</sup>

MASLOW, psychologue et auteur de nombreux ouvrages s'intéresse aux facteurs de motivation au travail. Ses concepts clés reposent sur :

- Les cinq besoins fondamentaux des individus (physiologiques de sécurité, d'appartenance, d'estime et de reconnaissance, de réalisation et d'accomplissement),
- La hiérarchisation de ces besoins,
- L'importance des besoins sociaux, d'estime et d'accomplissement sur la motivation,
- La rémunération monétaire comme facteur de motivation du besoin physiologique.

Dans sa théorie XY, Mac GREGOR Douglas explicite qu'il y a deux attitudes en management. La théorie X basée sur le contrôle strict, les sanctions, la centralisation des décisions selon les courants de pensée de l'école classique. Et puis, la théorie Y fondée sur l'écoute, le contrôle souple, la responsabilisation des salariés, cette théorie appartient à l'école des relations humaines. MAC GREGOR pense que cette théorie Y participe à une gestion plus efficace des équipes.

Par ailleurs les travaux de LEWIN Kurt<sup>23</sup> s'intéressent au style du leadership et de son influence sur le fonctionnement et l'efficacité du

---

<sup>21</sup> LEDESMA, Enrique, le 08 octobre 2009, Cours, « Initiation au Management »

<sup>22</sup> JABES Jak, Changement et développement organisationnel chapitre 14, in AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p



groupe. Il met en lumière trois styles, le style autoritaire, permissif et démocratique. Il démontre que le style démocratique semble plus productif que les autres styles.

D'autres théories apportent encore des enrichissements au management, notamment l'analyse stratégique de CROZIER et MINTZBERG. Ces théoriciens s'intéressent aux relations de pouvoir entre les acteurs de l'organisation et aux règles implicites qui guident leurs interactions et qui constituent des jeux d'acteurs.

Mais quel serait le type de management qui serait le plus adéquat pour le manager ?

## **2.2.2 Les différents types de management**

### **Le management directif**

Il se traduit par la coercition, l'autorité, le contrôle et la dépendance. Ce type de management génère une distance hiérarchique forte et une logique de commandement. Ce style s'adresse aux mentalités qui acceptent un consentement au pouvoir, c'est-à-dire « le fait de disposer de moyens naturels ou occasionnels et qui permettent une action »<sup>24</sup>.

Cette notion de pouvoir se distingue de l'autorité<sup>25</sup> qui est le droit de commander, c'est un pouvoir reconnu d'imposer l'obéissance.

### **Le management persuasif**

Il se décline autour des notions de conviction, de persuasion, de mobilisation et d'influence relationnelle. Les phénomènes de leadership et d'ascendant amènent à jouer avec la distance hiérarchique. Ce mode de management s'adresse aux mentalités d'identification au pouvoir.

Mais qu'est-ce que le leadership ?

La définition que je retiens est celle du Petit Robert<sup>26</sup> comme une position dominante. C'est une relation de confiance qui s'établit entre

---

<sup>23</sup> Ibidem

<sup>24</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

<sup>25</sup> ibidem

<sup>26</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

un individu et la majorité des membres d'un groupe dans la poursuite d'un objectif partagé. Cette relation implique une reconnaissance de la part du groupe.

### **Le management moderne**

Ce management s'impose entre les années 60 et 90. Il se compose du management planificateur et du management participatif. J'explique ci-après ce dernier.

#### **Le management participatif**

C'est l'expression la plus moderne du management, apparue entre 1970 et 1990. Il recherche à mobiliser la culture, l'un des théoriciens de ce concept est Crozier. Il s'agit ici de maîtriser les contraintes externes ainsi que les incertitudes internes de l'entreprise. La mobilisation des hommes par la culture fait apparaître des réserves insoupçonnées de productivité. L'entreprise devient alors un lieu d'intégration culturelle et un vecteur d'identité. Une dynamique interne dans l'organisation est recherchée pour faciliter les coopérations associées tout en préservant la liberté personnelle des individus.

### **Le management déléгатif**

Ce dernier modèle génère de la responsabilité, de l'initiative, de l'autonomie et un certain risque. C'est le mode de management qui développe le plus la motivation en remplaçant une relation contractuelle à une situation hiérarchique traditionnelle. Il conduit à déléguer une part du pouvoir et doit s'inscrire dans le cadre d'un contrat clair, assorti de moyens réels. Ce type de management s'adresse aux individus avec des mentalités d'accomplissement par le pouvoir.

Le rôle du cadre de santé, s'avère de plus en plus complexe dans la sphère du travail actuelle en raison du rythme effréné des changements et de leur impact sur le management quotidien. Dans la gestion des individus et le pilotage des organisations des risques peuvent apparaître, l'environnement hospitalier n'en est pas exlut.

### 2.2.3 Le management hospitalier

Les structures de santé publiques et privées sont soumises à de profondes mutations. Leurs modes de régulation se basent surtout sur les réformes de financement, la nouvelle gouvernance, la tarification à l'activité lancée en 2004 lors du plan Hôpital 2007. Les répercussions sont une diminution des moyens humains et en équipements. Par la suite la loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 Juillet 2009 (HPST) impacte sur le fonctionnement du système de santé et en particulier sur les organisations à l'hôpital. Celles-ci doivent être repensées, une culture médico-économique se multiplie. Toutes ces mutations obligent le développement dans les structures de santé de compétences en management et en stratégie pour piloter avec efficacité les projets qui se présentent. C'est la naissance du management hospitalier par la performance.

HART Josette et LUCAS Sylvie décrivent le management comme une *« discipline prescriptive, animée par une volonté et un projet. Il s'intéresse au design d'une organisation, à son devrait être, orienté vers la recherche de solution et d'action. En sorte, le management représente un ensemble de solutions, établie à l'avance face au problème de pilotage des organisations <sup>27</sup>»*.

Elles précisent par ailleurs, que le monde hospitalier ou les cultures professionnelles sont nombreuses et fortes, les milieux de travail sont à interactions multiples. Elles stipulent que dans l'organisation hospitalière pour permettre le management opérant, il doit être accompagné d'une démarche compréhensive. Il s'agit d'un maillage constitué de mobilisations des sciences sociales et des sciences humaines. Il convient de pratiquer le type de management le plus approprié au changement.

---

<sup>27</sup> HART Josette et LUCAS Sylvie, *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*. Paris, éditions Lamarre, 2002, 180 p.

Trois styles de management du changement peuvent se présenter<sup>28</sup> :

- **L'ouverture**

Les participants ont « carte blanche » pour présenter des solutions et s'assurer de l'intérêt et de la faisabilité de ces solutions.

- **La structuration**

Il existe des hypothèses de travail et des indications sur les objectifs du changement, les finalités du projet. Il est normalement laissé au manager le soin de remplir ce cadre.

- **La fermeture**

Les propositions sont déjà formulées et ne sont présentées aux bénéficiaires du changement que pour information, approbation et légère modification.

Ce sont les principaux styles de management dans un contexte de changement. Mais lorsque des risques psychosociaux se greffent au changement que se passe-t-il ? Dans la situation de départ les agents expriment du stress, de la démotivation au travail, quel est le lien avec ces risques ?

## 2.3 Les risques psychosociaux

Ces risques occupent aujourd'hui le devant de la scène. Fortement médiatisés, ils sont présents dans le monde du travail en général et l'hôpital n'en est pas préservé. Ils entraînent des impacts considérables sur les individus, ainsi que sur les organisations en terme de couts, de résultats et donc de performance. Devenus problème de santé publique, le législateur responsabilise les employeurs sur la sécurité et la santé physique et mentale des salariés. Ainsi l'article L 230-2<sup>29</sup> du code du travail oblige les établissements à procéder à l'évaluation des risques. L'article R 230-1<sup>30</sup> du code du travail oblige l'employeur à la

---

<sup>28</sup> VANDANGEON, J., le 29 Février 2012, Cours « Conduite de changement ».

<sup>29</sup> Voir annexe n°1

<sup>30</sup> Voir annexe n°2

création d'un document unique contenant les résultats de ces évaluations.

Les risques psychosociaux sont l'objet de préoccupations gouvernementales. En Mars 2008 à la demande de Xavier Bertrand Ministre du Travail de l'Emploi et de la Santé, un rapport est réalisé par Patrick LEGERON et Philippe NASSE. Faisant suite à ce rapport, un collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail coordonné par Michel Gollac est remis au Ministre du travail, de l'emploi et de la santé le 11 avril 2011.

### **2.3.1 Les différentes approches théoriques**

HAUBOLD nous propose une définition, les risques psychosociaux sont « les tensions humaines potentiellement générées par la mise en œuvre de la stratégie ». <sup>31</sup>

Dans la littérature très riche dans ce domaine, quatre familles de risques sont citées :

- la charge de travail,
- les relations au travail,
- les tensions relatives aux conflits entre les projets de l'entreprise et ceux du salarié
- les réorganisations, restructurations et les changements.

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) *les risques psychosociaux recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de nature variée, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises.*<sup>32</sup> Les risques psychosociaux sont considérés comme « des risques pour la santé, mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions

---

<sup>31</sup> HAUBOLD Bénédicte les risques psychosociaux, Paris, Groupe Eyrolles, 267 p.

<sup>32</sup> Ibidem

d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »<sup>33</sup>

Les conférences sur le thème se multiplient. En septembre 2011 à Paris lors du Congrès de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) Nicolas SANDRET médecin inspecteur régional du travail, rappelle l'importance croissante des risques psychosociaux chez les soignants.

Dans la revue Objectifs soins<sup>34</sup> la journaliste, Joëlle MARASCHIN discute de l'étude réalisée par le Docteur ESTRYN-BEHAR Madeleine sur la santé et la satisfaction au travail en France et en Europe en s'appuyant sur l'enquête du projet PRESST.<sup>35</sup> Cette étude qui interroge plus de quatre cent cadres de proximité et supérieur indiquent que ceux-ci souffrent d'un manque de reconnaissance. Elle est en lien avec un manque de soutien de leur hiérarchie, le manque de moyens en personnel, en matériel, les constats d'écart entre protocole et réalité. Cette souffrance des cadres soignants est aussi due au manque de temps pour accompagner et motiver les équipes face aux changements et aux réformes hospitalières successives. Ainsi, malgré le constat d'un attachement très fort à la profession soignante, il y a une perte de sens de l'activité du cadre en service et une perte de légitimité du cadre qui est plus un gestionnaire qu'un clinicien.

De même, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) précise que le stress est un risque psychosocial, mais on y inclut également les violences externes et internes dont le harcèlement moral ainsi que le sentiment de mal être au travail.<sup>36</sup>

L'état de stress est l'un des risques psycho-sociaux par excellence, il survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception

---

<sup>33</sup> KNOFF, Alain. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail : Mesurer les risques psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Avril 2011.

<sup>34</sup> Revue Soins N°760, Novembre 2011.

<sup>35</sup> Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

<sup>36</sup> HAUBOLD Bénédicte les risques psychosociaux, Paris, Groupe Eyrolles, 267 p.

qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face.<sup>37</sup>

C'est en 1946 avec HANS Selye médecin canadien d'origine hongroise que le mot stress est utilisé pour la première fois. Le mot stress vient du latin *stringere* qui signifie tendre, serrer, presser, rendre raide.<sup>38</sup>

L'échelle de stress de Holmes et Rahe met en évidence un lien direct entre l'accumulation des changements que nous vivons et le niveau de stress. Plus notre réalité correspond à de nombreux changements, plus l'intensité du stress augmente. Mais quelles sont les réactions des individus en situation de stress ?

### **2.3.2 Les différentes attitudes face au stress**

Dans la vie professionnelle d'un individu la confrontation au stress oblige à une réponse. En effet, si les individus souhaitent diminuer l'impact d'un événement perturbateur sur leur psychisme ils se doivent de mettre en œuvre un système réactionnel le plus adapté possible à la situation. D'après CANOUI et MAURANGES les attitudes peuvent être individuelles et s'exprimer sur un versant passif ou actif. Selon ces mêmes auteurs elles peuvent aussi être collectives.

#### **Les attitudes individuelles**

Ce sont des processus inconscients qui sont élaborés selon la personnalité, l'éducation, l'histoire du sujet et surtout dans l'environnement de travail dans lequel il évolue.

Elles peuvent être passives et se caractérisent par l'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique, les attitudes de résignation. En fait, ce sont des formes de réponse dont l'intérêt est une adaptabilité minimale face à une situation douloureuse.

---

<sup>37</sup> Accord national interprofessionnel du 2 Juillet 2008 sur le stress au travail

<sup>38</sup> CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, Le burn out Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses, Paris, Edition Masson, 2006, 219 p.

A contrario si elles sont actives, elles révèlent chez l'individu un esprit d'ouverture, une capacité de verbalisation, d'interaction avec son environnement et autrui afin d'élucider des sources de difficultés.

### **Le construit social**

Ce sont les retours d'expériences entre collègues, les demandes de conseils intra ou extra professionnels qui permettent des réponses organisationnelles. Souvent développé dans le monde de la santé, le support social est une stratégie qui permet d'augmenter l'efficacité et la compétence et participe au développement personnel des individus.

### **La pugnacité**

C'est le trait de personnalité de l'individu qui permet la maîtrise personnelle des événements, un esprit combatif et entraîne souplesse et adaptation.

### **La croyance**

Qu'elle soit religieuse ou personnelle la spiritualité dans la vie des individus peut revêtir une place importante et leur donne des moyens de contrôle sur leur état de stress. Rotter<sup>39</sup> fait lui référence à la place du « locus de contrôle » ou « lieu de contrôle interne ».

### **Les attitudes collectives**

Les études sur la psycho-dynamique du travail de DEJOURS Christophe, psychiatre spécialisé dans l'étude de la souffrance au travail ont permis l'évolution des stratégies d'adaptation collectives. Cette discipline est l'analyse des processus psychiques mis en place par une personne face à la réalité du travail. Le but est de comprendre les interactions entre les différents acteurs au travail, puis d'analyser les processus subjectifs et psycho-affectifs mobilisés par le milieu professionnel. DEJOURS met en lumière les différentes causes de la souffrance au travail<sup>40</sup>, celles-ci se caractérisent par des conditions de travail difficile, l'absence de reconnaissance, les efforts physiques,

---

<sup>39</sup> ROTTER Julian, né en 1916 Psychologue Américain, auteur de travaux sur le «locus interne » en 1966

<sup>40</sup> DEJOURS C. Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale, Seuil, Paris, 1998, 320p.



l'environnement agressif, la pénibilité psychologique, la crainte d'être en « limite de compétence », la peur d'être contraint de mal faire son travail.

### **2.3.3 Les interventions sur les risques psychosociaux**

SOMAVIA Juan, directeur général de l'Organisation Internationale du Travail, a déclaré que le but fondamental de cette organisation est de « promouvoir l'accès des hommes et des femmes à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité, et de dignité humaine ».

L'OIT propose des interventions pour réduire les risques psychosociaux au travail à différents niveaux :

- Au niveau primaire pour une réduction des sources,
- Au niveau secondaire pour aider les individus à développer des compétences à faire face,
- Au niveau tertiaire pour la prise en charge des individus souffrant de RPS.

La prévention des risques psychosociaux repose sur différents axes. CANOUI P.<sup>41</sup>. dans ses travaux avance qu'il faut penser ces risques sur différentes approches. Sur le plan managérial, il faudrait former l'encadrement à la gestion et l'accompagnement des individus au respect des valeurs humanistes. Sur le plan organisationnel, des actions sont à mener sur les facteurs environnementaux et l'organisation du travail dans l'entreprise. Sur le plan individuel, les risques psychosociaux sont aussi une responsabilité institutionnelle, collective mais surtout individuelle.

Leviers d'actions pertinents pour certains, vécu négatif pour d'autres, les nombreux changements qui surviennent dans l'entreprise peuvent induire des risques psychosociaux. P. Hersey et K. Blanchard

---

<sup>41</sup> CANOUI Pierre, La souffrance des soignants un risque humain des enjeux éthiques, Revue internationale des soins palliatifs, 2003, 101-104 pp.

en 1969, affirment que le bon manager est celui qui sait adapter son style de management à la situation. Tous ces changements imposent au cadre un management adapté, source de bien être pour les salariés et de performance pour l'entreprise.

Les risques psychosociaux résultent de l'influence des conditions humaines, organisationnelles, sociales et techniques du travail sur la santé physique et psychologique des salariés.

Après avoir exploré différentes approches relatives au changement, au management et aux risques psychosociaux, mon cheminement me conduit à poser les hypothèses suivantes :

**Les changements successifs institutionnels ou organisationnels impactent le management**

**Les changements réalisés dans l'entreprise dans une dynamique de performance sans pallier de stabilisation induisent des risques psychosociaux**

**Le mode de management du cadre de santé influence la qualité de vie au travail des agents.**

### 3 L'ENQUETE DE TERRAIN

Au travers les entretiens des cadres de santé je vais explorer la question relative à mes hypothèses de départ. Ce travail de recherche se fonde sur les échanges et les expériences des professionnels de terrain. Il s'enrichit de mes réflexions théoriques relatives au changement, aux risques psycho sociaux et au management. Mon cheminement m'amène à cette question :

**Quel type de management paraît le plus adapté pour accompagner le changement et prévenir les risques psychosociaux ?**

Dans les parties suivantes j'explicité les différentes étapes de la construction de mon enquête de terrain. Je débute par la méthodologie de recherche, je présente ensuite les professionnels ciblés. Au final, après un exposé des éléments recueillis, j'analyserai l'ensemble des données récoltées auprès des acteurs de santé.

#### 3.1 La méthodologie de recherche

Dans le cadre conceptuel développé en première partie, j'expose différentes théories relatives aux trois champs disciplinaires que sont le changement, le management et les risques psycho-sociaux. Diverses approches philosophiques, sociologiques et psychologiques ont été confrontées puis rapportées au monde hospitalier. Mes échanges avec mon directeur de mémoire m'ont permis de déterminer un outil de recherche adéquat à mon approche disciplinaire. Pour une meilleure cohérence dans mon travail de recherche, ce choix se fixe sur des entretiens plus appropriés à ces thématiques empreintes de psychosociologie et à large champ disciplinaire.

### 3.2 Les professionnels ciblés

Par respect de l'anonymat des professionnels interrogés, je les désigne par leurs initiales. Ces personnes interviewées sont tous des cadres de santé diplômés, ils exercent dans des domaines différents : Consultation adulte Mme L, Hématologie-Adulte Mme M.-L., Transplantation Mme V., Urologie Mme D., Chirurgie-Obstétrique Mme I., MCO Mr J.-M., Consultation Ophtalmologique Mme B., Psychiatrie Mme F., Salle de naissance et Bloc opératoire Mme M., Service de Gériatrie Mme V.

Les cadres de santé consultés exercent tous dans la fonction publique hospitalière et en grande majorité à l'AP/HP (7 sur 10).

L'échantillon des cadres de santé interrogés est de 10+1 entretien exploratoire. Leurs propos demeurent l'un des socles sur lequel je m'appui selon la méthodologie de ce travail de recherche. Il me permettra de confirmer ou pas mon questionnement sur le management le plus adapté dans un contexte de changement successif et de prévention des risques psycho-sociaux à l'hôpital.

### 3.3 La méthode de l'entretien

La méthode utilisée dans le cadre de ce travail, est un entretien semi-directif. Elle semble être la méthode la plus adaptée à cette question de recherche. Elle est le moyen le plus sûr de réajuster, de reformuler en cas d'incompréhensions et d'imprécisions de l'interviewé. Cet outil permet aussi des interactions et le recueil de données riches et variées. La grille d'entretien figure en **annexe 3**. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées. Ils ont été intégralement retranscrits dans un souci de qualité et d'efficacité. Seul un entretien dans son intégralité, est présenté en **annexe 4**. L'objet de ce travail est d'analyser les perceptions des cadres de santé dans leur champ professionnel respectif, de leurs valeurs, de leurs expériences et du sens donné à leurs actes en qualité de manager. Mon champ

d'investigation se définit dans le contexte de changement et d'apparition de risques psycho-sociaux.

### **3.4 Les avantages et les limites**

Les entretiens réalisés sont semi-directifs. J'invite l'enquêté à s'exprimer sur des questions mais sans l'enfermer dans un cadre trop rigide. La grille d'entretien m'a permis d'avoir un fil conducteur pour vérifier le traitement de tous les thèmes prévus. J'ai taché d'en faire un usage le plus souple possible en laissant un espace à l'enquêté tout en gardant une certaine maîtrise de la temporalité dans un souci d'efficacité. Cette technique de travail impose une attention soutenue et une écoute à mon sens particulièrement active.

### **3.5 La restitution et l'exploitation des entretiens**

Pour optimiser l'exploitation des entretiens je réalise dans un premier temps, un croisement des données recueillies question par question par souci d'objectivité. Pour ce faire, chaque entretien est personnalisé par un jeu de couleurs différentes par propos d'auteur. Je présente ci-après les idées essentielles pour chaque question. De ces éléments, je tire une analyse qui regroupe trois thèmes principaux. La durée des entretiens fluctue entre 30 à 45 minutes. La plupart des entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des interrogés, dans un environnement calme et propice à l'échange.

#### **Question1**

#### **Quelle est votre conception du management ?**

Pour ce qui est relatif au management, six cadres de santé sur dix pensent que c'est l'équivalent d'encadrer. Pour les autres ce champ disciplinaire correspond à des notions similaires, animer, diriger conduire, gérer une équipe. D'autres cadres précisent d'autres

éléments. Mme D, fait la comparaison avec « *un chef d'orchestre, celui qui donne la mesure* ». Mme I. précise que « *l'objectif est la performance, la qualité* ». Mme B. pense que « *le management est un savant mélange de souplesse et de fermeté* ».

Mme M.-L. avance que « *chaque cadre apporte sa singularité dans sa conception du management et sa pratique, deux mots de références résumant ma conception du management : **Bienveillance et implacable*** ».

Huit cadres de santé sur les dix interrogés pratiquent le management participatif. Mme T. explique « *j'applique un management que j'appelle situationnel, c'est-à-dire il peut être délégitif, participatif ou directif. Il est fonction de l'équipe à manager, de son degré d'autonomie, du contexte, de l'environnement et des contraintes* ». Enfin, Mr J.-M. ajoute à tous ces propos « *l'éthique dans le management, le respect des valeurs humaines, le souci de l'autre lors de l'encadrement des équipes est primordial à mon sens* ».

## **Question 2**

### **Qu'évoque pour vous le mot changement ?**

Sept cadres de santé sur dix présentent le changement surtout à l'hôpital comme un moyen d'amélioration des organisations. A leur sens on ne peut « *changer pour changer* », il faut qu'il y ait un sens, que l'équipe soignante trouve un bénéfice. Ce changement peut revêtir différentes formes, changement d'horaire, déménagement pour travaux de rénovation, service en rocade sur un autre hôpital, ou l'application d'une nouvelle procédure.

« *Mais pour que ce changement ne soit pas soit mis en échec il implique des préalables* » ce sont les propos qu'avancent Mme T.

« *Une place importante doit être laissée à la communication, des explications doivent être répétées parfois plusieurs fois pour une adhésion et une meilleure compréhension malgré les résistances*

*humaines qui apparaîtront* » ce sont les propos recueillis auprès de Mme B.

### **Question 3**

#### **Le changement impacte-il le management ?**

Huit cadres de santé sur dix assurent que oui.

Par ailleurs, Mme L. pense que *« l'influence de ce changement sur le management peut impulser une dynamique nouvelle, une source de motivation, donner un autre sens, permettre une motivation une innovation dans des organisations parfois trop routinières »*.

Mme M. avance aussi que *« cet impact peut apporter des bénéfices dans l'adhésion et la cohésion d'équipe. Tout le groupe migre dans un environnement méconnu, c'est un mécanisme de défense humain. Une solidarité du groupe naît. Le cadre dans son management favorise cette cohésion et cette adhésion est source de réussite du changement »*.

De même, Mme D. dans l'expérience de changement qu'elle a vécu précise que *« l'impact sur le management a représenté un bénéfice pour le groupe et une dynamique d'équipe est apparue. En effet face à l'inconnu par exemple l'informatisation du dossier de soins dans le nouvel hôpital, a paradoxalement entraînée une synergie. Plusieurs éléments du changement ont agi de concert sur l'organisation et même influencé ma relation avec eux. Certaines fois nous avons découvert ensemble des nouveaux modes de fonctionnement dans cette nouvelle structure. D'autres fois, c'était moi qui leur apportais des éléments de précisions pour améliorer notre organisation. Au final, Le changement a impacté mon mode de management et l'organisation du service mais de manière significativement positive »*.

Mme I. m'informe que *« dans mon établissement la multitude de changement et la mutation du système de santé hospitalier augmentent les missions du cadre. Cet ensemble constitue à son sens un changement. La conséquence est la nécessité d'une gestion et d'une organisation rigoureuse de mon temps de travail. Le principal impacte*

*observé est relatif à mon mode de management qui est devenu beaucoup plus délégitif. En effet, dans mon unité, j'ai désigné un certain nombre de référents, pour mieux accompagner l'équipe face au changement et aux bouleversements opérés par le phénomène ».*

#### **Question 4** **Le changement induit-il des risques ?**

Sur les dix cadres interrogés ils sont unanimes à reconnaître que le changement peut induire des risques. Différentes approches apparaissent. Mme L. précise que *« le risque est de la résistance, de la déstructuration humaine. Je pense qu'une reconstruction est nécessaire en cas d'apparition de risques afin d'éviter de la souffrance ou un état de mal être au travail ».*

Mme M. avance que *« ces risques apparaissent surtout lors d'un manque de communication, de préparation, d'honnêteté et de transparence de l'équipe d'encadrement dans cette phase de changement ».*

Mr J.-M. complète les propos des personnes interrogées et apporte d'autres éléments : *« oui le changement peut entraîner des risques chez les individus par peur de perdre en bénéfice, mais n'est-ce pas normal ? Ne faut-il pas s'y attendre en qualité de cadre ? C'est aussi aux régulateurs des organisations, toute l'équipe encadrante, pas seulement au cadre de santé, d'y faire face ou tout au moins de l'anticiper, de le prévoir ».*

#### **Question 5** **Des risques psycho-sociaux sont-ils identifiés dans l'établissement ?**

De tous les entretiens réalisés avec les cadres de santé, huit cadres de santé sur dix affirment que oui les risques psycho sociaux sont identifiés dans leurs structures respectives. Ceux-ci reconnaissent tous que cette



prise de conscience, n'a permis jusqu'à maintenant qu'un balbutiement de la politique de prévention des RPS.

Mme L. s'exprime en ces termes : *« Malgré le passage à l'acte il y a environ un an et demi d'une infirmière qui a laissé un courrier précisant sa souffrance au travail, peu de choses ont changé. Des formations de gestion du stress sont ouvertes aux cadres de santé, d'autres sur la gestion du risque suicidaires sont essentiellement dédiées au personnel de direction de l'hôpital. Par contre depuis quelques temps une psychologue clinicienne est présente sur le site à l'attention uniquement du personnel de jour. Deux fois dans la semaine elle réalise des consultations nocturnes dédiées essentiellement au personnel de nuit »*

Plusieurs cadres Mme M., Mr J.-M., Mme L. Mme B. et Mme V. me précisent que *« dans leur structure il y a une cellule handicap. Les missions de cette cellule est l'identification des RPS et leur prévention. Pour l'instant on ne peut parler de réelle dynamique dans l'identification et les moyens de prévention, mais une impulsion est omniprésente »*.

## **Question 6**

### **Les RPS sont-ils pris en compte par le cadre de santé?**

Tous les cadres de santé sans exception affirment qu'ils prennent en compte les signes avant coureurs de l'apparition des risques psychosociaux.

En fait, Mme L. s'exprime en ce sens : *« j'ai connu dans ma vie professionnelle dans la structure précédente ou j'exerçais en qualité de cadre de santé une épreuve de souffrance au travail. Depuis, je suis très sensible à la souffrance des agents au travail. Mes valeurs humaines, mon éthique professionnelle et personnelle, mon expérience dans ce domaine, ne m'autorisent pas à feindre, à ignorer ou à être indifférente à un agent en état de mal. J'accompagne, puis j'oriente et passe la main lorsque je n'ai plus de ressource. Maintenant je sais ou*

*du moins je sens quand quelque chose ne va pas au sein de l'équipe dès le matin ».*

Mme M. me parle aussi de sa sensibilité personnelle au changement d'ambiance de son service : *« Ma porte est grande ouverte et toute l'équipe le sait, mais en raison du nombre important d'agents sous ma responsabilité je ne vois pas tout le monde. Par contre, je décuple mes facultés d'observations, mes sens, mon écoute est attentive quand les agents parlent en général et m'adresse la parole en particulier. Lors des transmissions, les intonations des voix permettent de prendre la « température » du service».*

Mme D. tient le même discours : *« je suis très sensible à l'ambiance au travail. J'estime ma présence nécessaire aux transmissions du matin. Moment privilégié où je peux réguler et anticiper dans la mesure du possible les sources de difficultés. Elle dit et je cite « Dès le matin à ma prise de poste je sens si quelque chose ne va pas ».*

## **Question 7**

### **Quelle est votre conception de la performance ?**

Mme L. ne conçoit pas que *« l'on parle de performance à l'hôpital. Ce mot lui renvoie une consonance négative. A son sens hôpital et performance sont deux termes antinomiques ».*

Mme M. définit *« la performance comme l'atteinte des objectifs et des missions mais à coûts constants. Cela devrait entraîner à son sens une valorisation salariale, un moyen de reconnaître tous les acteurs, motivés, engagés et impliqués dans les organisations, les cadres de santé compris ».*

Pour Mme V. dis : *« je conçois la performance comme le moyen d'éviter les individualités mais la notion de « responsable ensemble » doit intervenir. Le professionnel doit à son sens s'impliquer face à la clientèle et éviter toute forme d'individualisme « je n'étais pas la – ce n'était pas moi ». La performance c'est déjà le professionnel qui sait gérer un souci d'ordre organisationnel et qui ne nécessite pas mon intervention. La*

*performance représente pour elle dans le monde hospitalier, le respect d'une éthique professionnelle, le respect de l'autre. Actuellement d'autres enjeux se greffent à cette performance hospitalière, le souci économique, des normes réglementaires ».*

Mme D., Mr J.-M. et Mme B présentent des idées communes. Pour eux « *La performance peut générer du stress, de la souffrance, des frustrations par rapport aux objectifs imposés par la hiérarchie parfois irréalisables. Ces cadres précisent qu'ils se sentent souvent très seuls face aux attentes de leur hiérarchie en termes de performance et d'objectifs ».*

Mme F. affirme que : « *La reconnaissance au travail de la performance est un moyen de valorisation et de construction de l'individu impliqué et engagé. Ce sont les moyens d'encourager des compétences repérées par le cadre de santé. Ainsi la performance et la compétence identifiées doivent être encouragées, accompagnées vers d'autres projets encore plus ambitieux des individus».*

## **Question 8**

### **Quelle est votre conception de la qualité de vie professionnelle ?**

Huit cadres de santé sur dix répondent à cette question que « *c'est avoir envie de se lever le matin pour venir au travail ».* Leur propos sont pratiquement similaire sur ce thème.

Mme L. dit : « *Je suis très sensible à l'ambiance au travail. Je manage une équipe solidaire, autonome qui bénéficie d'une cohésion de groupe. Même les patients me félicitent régulièrement cette ambiance dont ils bénéficient ».* A son sens ils profitent tous d'une qualité de vie professionnelle elle y complit et cela lui correspond. « *Je participe à cette qualité de vie au travail en me préoccupant le plus possible de la santé des uns et des autres et j'autorise mon équipe à s'inquiéter de la mienne. Cette relation est très respectueuse et je ne me sens aucunement en difficulté lors de mes prises de décisions. Je reste équitable, honnête et clair dans mes actes, mon discours et mon*

*management. Nous rencontrons des difficultés mais nous arrivons à les surmonter. La qualité de vie au travail pour moi c'est savoir donner du sens ».*

*Pour Mme M. la qualité de vie au travail, « c'est pouvoir donner la priorité à ma vie personnelle, à ma famille, à mes amis et ensuite je m'épanouirai au travail. La socialisation, la reconnaissance, la valorisation est nécessaire à l'individu mais pas seulement. Il me faut le moyen de concilier les deux. Cette philosophie je l'adopte pour les agents sous ma responsabilité. Je ne bouge le tableau validé des congés annuels et les repos qu'en cas d'absolue nécessité. Je peux aussi comprendre le besoin d'une journée par semaine pour pratiquer un loisir, accompagner un enfant et je le respecte. La qualité de vie professionnelle d'un individu est en fait l'équilibre entre vie privée et vie au travail ».*

Mme I. complète ses propos par : la qualité de vie professionnelle c'est « *garder son enthousiasme et son engagement* ».

Enfin, Mme F. affirme que « *le bien être au travail des agents impactent sur l'ambiance générale du service, sur les patients et sur le cadre de santé* ».

Après cette mise en lumière des propos des cadres de santé en réponse à mes entretiens, je réalise une analyse fondée sur leurs arguments que je croise avec les fondamentaux de mon cadre conceptuel présenté en deuxième partie de ce travail.

## 3.6 L'analyse des trois thèmes retenus

La mise en visibilité des réponses obtenues met en exergue plusieurs angles de réflexion qui doivent permettre de répondre à la question de recherche :

**En quoi les changements successifs peuvent-ils être vecteurs d'apparition de risques psychosociaux, et dans quelle mesure impactent-ils le mode de management du cadre de santé ?**

Pour procéder à l'analyse des éléments récoltés lors des entretiens je les regroupe selon trois thèmes principaux. En premier lieu je confronte l'impact des changements successifs sur le management, en deuxième lieu, la politique de performance et les risques induits par les changements et en dernier lieu les influences des modes de management sur la qualité de vie professionnelle des équipes soignantes.

### 3.6.1 Les changements successifs institutionnels ou organisationnels impactent le management

Dans tous les entretiens réalisés avec les cadres de santé interrogés des situations de changements successifs étaient présents. La vision de chaque cadre dans sa réalité est différente mais pour huit cadres de santé sur dix les changements impactent sur le management. Dans le monde de la santé des lois hospitalières successives amènent le cadre de santé à adapter son mode de management. En fait, les changements sont très souvent présents à l'hôpital. Ils se manifestent par des déménagements, la mise en place de procédure nouvelle, les changements d'horaires, de cycle de travail ou à la mise en œuvre d'une réforme hospitalière.

Mme L., Mme M.-L. et Mme M. évoluent dans un contexte de successions de changements pour l'équipe. Elles ne sont présentes sur le site que depuis environ quatre ans en qualité de cadre de santé. Elles ont eu chacune dans leurs unités à organiser un déménagement pour travaux de mise aux normes. Ces situations nécessitent la mise en place de projets pour lesquels elles ont sollicité l'adhésion de l'équipe. Ensuite, c'est la nouvelle organisation polaire qui a changé les habitudes et a engagé les équipes dans un travailler ensemble plus « *efficient et significatif* ». Pour Mme L., il y a depuis dans toutes les unités une dynamique d'efficacité, de gestion des coûts.

Tous ces changements impactent sur les pratiques de soins, les habitudes du service, les organisations et de ce fait sur le management.

Mme L. affirme que « *le changement permet de sortir de la routine, de donner du sens, de la motivation et s'il est intelligemment conduit, il laisse un espace à la créativité, à l'innovation* ». Mme L. pense que « *le changement influence le management et permet de donner du sens* ». Mais si le changement donne du sens cela signifie-t-il qu'il est accepté ?

BERNOUX Philippe précise « *tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement ... Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner* »<sup>42</sup>.

C'est l'expérience qu'a vécu, Mme D. en urologie. Elle dit que « le déménagement de mon unité de soins sur un autre hôpital a représenté un événement majeur dans la vie de mes agents. Beaucoup de sentiments d'appréhensions sont exprimés, peur des nouveaux collègues, matériels, environnement. La cohésion du groupe s'est créée à cet instant. L'esprit de solidarité et une dynamique de groupe se sont développés en raison de notre immersion dans cet environnement inconnu. J'y ai-aussi participé ». Les individus ont eu le sentiment de

---

<sup>42</sup> BERNOUX, Philippe, La sociologie des organisations, Seuil, Paris, 2009, 234-235pp

gagner quelque chose en apprenant de nouvelles pratiques, de nouveaux modes d'apprentissages. La cohésion du groupe s'est développée, les sensations de peurs se sont amenuisées. Le groupe pense gagner quelque chose, il a donc adhérer au changement.

D'après les principaux thèmes de l'analyse stratégique selon Crozier et Friedberg<sup>43</sup>, les acteurs évoluent dans des zones d'incertitudes mais des jeux de pouvoirs dans ce système d'action, permettent une émulation. Ce système d'action a été le moyen de coordination des acteurs dans un but de connaissances, de régulation, puis d'appropriation de l'environnement. Le pouvoir pour cet ensemble d'acteurs a représenté l'enjeu de maîtriser la nouvelle technologie.

Ainsi dans cette situation le changement a été une source de motivation pour les soignants. La motivation est le fait de faire quelque chose pour pousser un individu à agir selon le Petit Robert<sup>44</sup>. BERNIOUX<sup>45</sup> affirme que l'individu ne se « motive que s'il a le sentiment et constate concrètement que ses efforts ont un effet sur l'organisation du travail ».

Dans le service d'urologie où exerce Mme D. il s'agissait de mettre en place un projet innovant. Le fait d'introduire quelque chose de nouveau est de l'innovation<sup>46</sup>.

D'après l'expérience de ces cadres les moyens de faire accepter le changement est le management par des projets innovants et motivants. CARTON fait intervenir la notion de patriotisme d'entreprise<sup>47</sup>. Selon l'auteur c'est le fait de participer à la création d'un environnement satisfaisant pour l'individu, afin qu'il sente son utilité, et permette son évolution. Cela se vérifie à sa capacité à mobiliser ses ressources lors de moments difficiles, à ses manifestations d'appartenance et sa

---

<sup>43</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Paris Editions du Seuil, 1977, 500 p.

<sup>44</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

<sup>45</sup> BERNOUX, Ph. Sociologie du changement nouvelle édition, 2004, Paris, Seuil, 368 p.

<sup>46</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

<sup>47</sup> CARTON, G.-D. Eloge du changement, Paris Pearson Education France, 2011, 246-248pp.

contribution dans l'établissement. Ces expériences de l'impact du changement pour ces cadres de santé représentent un bénéfice pour l'équipe et dans leur mode de management.

Mme I. cadre de santé en gynéco-obstétrique affirme que la multitude de projets et la mutation hospitalière augmentent les missions du cadre. Ces changements imposent au cadre une efficacité dans sa gestion et son organisation. Le principal impact qu'elle observe sur sa pratique est que son mode de management est souvent de type délégué. Pour remplir toutes ses missions elle a nommé plusieurs référents dans différents domaines. L'enjeu de cette organisation a été double. En ce qui la concerne se donner les moyens d'assurer la qualité, la sécurité des soins dans un souci d'efficacité. Pour son équipe le moyen de valoriser, de faire confiance, de reconnaître et de mettre en lumière une compétence repérée.

Au total, le ou les changements institutionnels ou organisationnels impactent le management. L'adhésion de l'équipe dépend de la communication qui lui a été faite. Son implication découle de l'appropriation ou pas de ce changement. Le cadre de santé a un rôle essentiel de part son mode de management dans la conduite qu'il mène face à cet événement avec les acteurs de santé.

### **3.6.2 Les changements réalisés dans l'entreprise dans une dynamique de performance sans pallier de stabilisation induisent des risques psycho-sociaux**

En premier lieu, il s'agit de définir le concept performance, « c'est la mesure des résultats obtenus par un groupe ou un individu »<sup>48</sup>. Dans une organisation ou une entreprise il convient de la mesurer à plusieurs strates. Au niveau des organisations, ce sont les incidences sur l'entreprise. Il peut s'agir d'une stratégie de l'entreprise pour briser

---

<sup>48</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p



l'immobilisme, instaurer une nouvelle idéologie et permettre à l'organisation de faire face à un environnement concurrentiel. Cette attitude comportementale de l'entreprise peut représenter pour elle le moyen de retrouver une homéostasie. Au niveau du groupe, la performance peut interagir sur l'équipe de soignants. Des personnes de concert changent de comportement de manière positive ou pas. Enfin sur le plan individuel, c'est l'attitude et le comportement du salarié, de l'individu face au changement et à la dynamique de performance dans lequel il lui sera proposé ou imposé de s'inscrire. L'analyse de la performance et de ses effets se décline selon deux grandes notions très employées actuellement, il s'agit de l'efficacité et de l'efficience. D'après le Petit Robert, « *l'efficacité est le fait de produire les résultats escomptés* »<sup>49</sup>. A mon sens, une organisation est efficace si les résultats sont à la hauteur des objectifs prédéterminés. Par contre, nous sommes dans des organisations humaines, il faut tenir compte des perceptions des différents acteurs. A l'hôpital, par essence on prend soin de l'autre, « *c'est une façon de témoigner à la personne malade qu'elle existe pour autrui, c'est reconnaître sa dignité quel que soit le degré d'altération de ses capacités physiques ou psychiques* »<sup>50</sup>.

C'est peut être à cette philosophie du soin à laquelle fait référence Mme L. quand elle signifie dans ses propos que pour elle il y a une « *antinomie entre hôpital et performance* ».

L'efficience est « *la capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'efforts ou de dépenses* ».<sup>51</sup> Pour moi, une organisation est efficiente si à coût constant elle obtient les meilleurs résultats. Le calcul de cette efficience par un ratio entre les résultats obtenus et les frais engagés permet de mesurer si l'organisation à une utilisation optimale de ses ressources. Mais cet intérêt pour la dynamique de performance au travail, omet l'individu et les risques l'impactant.

---

<sup>49</sup> Ibidem

<sup>50</sup> HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Masson, Septembre 2004, 170-171pp

<sup>51</sup> Le Petit Robert Micro, Mai 2011, 1610p

L'ensemble des cadres de santé interrogés ont comme lieu d'exercice un établissement public. Sept d'entre eux sont salariés de l'AP/HP. Ils reconnaissent tous que la politique de prévention des risques psychosociaux en est à ses balbutiements.

Pourtant Mme L. relate un passage à l'acte d'une infirmière dans un service juxtaposé au sien, il y a environ un an. Elle aurait laissé un courrier qui y spécifie son état de mal au travail. Depuis des formations ont été mises en place contre le risque suicidaire mais uniquement pour le personnel d'encadrement. Les thématiques de ces formations concernent la gestion du stress et la gestion du temps de travail. Tous les cadres interrogés m'ont avoué y avoir participé au moins une fois par an. Par contre pour le personnel destiné à l'accueil ou en interface fréquent avec le public, des formations sur la gestion de l'agressivité et de la violence ont été mises en place. Dans ce type de formation les agents apprennent à ne pas répondre sur le même mode à la violence verbale pour éviter l'escalade. Ils réalisent lors d'ateliers des exercices sur la gestion des émotions et du stress. Par contre Mr J.-M., Mme M.-L., Mme D. et Mme V. m'informent que depuis l'organisation polaire il y a eu la création d'une nouvelle unité. Ce service porte le nom de cellule handicap. En fait, cet établissement a décidé de mettre des mots sur les maux. Le meilleur moyen de prévenir les risques est peut être d'en parler, de les analyser sans tabous, c'est l'objectif de ce service il y est inclut le service de la médecine du travail.

Haubold<sup>52</sup> dans son ouvrage sur les risques psycho sociaux précise que les pays anglo-saxons et le Canada ont une avancée notable en matière de travaux et de recherches sur ces risques humains. En France, un certain retard est à déplorer.

Au canada, cette avancée se traduit par la création de groupes de réflexions qui s'appuie sur une cartographie de risques et sur le moyen de développer la performance humaine. Il a été crée en 2008 une

---

<sup>52</sup> HAUBOLD Bénédicte les risques psychosociaux, Paris, Groupe Eyrolles, 267 p.

norme québécoise BNQ 9700-800 qui promeut les dispositifs contribuant à la santé des salariés.

Dans l'union européenne la Direction Générale de l'Emploi des Affaires sociales et de l'Égalité des chances a pour mission de promouvoir la prévention des risques psychosociaux. La stratégie communautaire pour 2007-2012 consiste à identifier et évaluer les nouveaux risques potentiels.

En France, une conscientisation sur la criticité potentielle du risque se développe. En effet, plusieurs rapports ministériels sont remis en Mars 2008 puis en Avril 2011. Les missions du CHSCT garant de la sécurité des conditions de travail des salariés sont accrues. De multiples conférences de prévention se réalisent ainsi que plusieurs études dont la Press Next<sup>53</sup>. De leurs très riches travaux au niveau européen, il ressort l'importance des analyses coûts/avantages intégrant la qualité de vie au travail, comme l'on fait les québécois qui ont généralisé des lève-malades sur rail à plafond dans les unités de patients très dépendants. La pénibilité au travail pouvant être source de stress, les conditions de travail alliant sécurité et qualité sont des leviers majeurs.

### **3.6.3 Le mode de management du cadre de santé influence la qualité de vie au travail des agents.**

Tous les cadres de santé privilégient comme type de management le management participatif. Trois d'entre eux précisent malgré tout que leur style de management est adapté en fonction des situations rencontrées. Leur mode de management peut évoluer du délégatif au directif. Ils adaptent leur style de management en fonction de l'équipe. Manager selon R.A. Thiétard<sup>54</sup> « *c'est l'action, l'art ou la manière de*

---

<sup>53</sup> Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

<sup>54</sup> GRUERE Jean Pierre, *changement et développement organisationnel chapitre 14*, in AUBERT Nicole, JABES Jak, LAROCHE Hervé, MICHEL Sandra, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris, Edition Presse Universitaire de France, 2005, Collection Fondamentale, 603p

*conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, s'applique à tous les domaines d'activité de l'entreprise ».*

Plus de la majorité des cadres de santé, huit exactement pensent prioritaire la qualité de vie au travail. Certains disent même y participer. Mme L. dit se préoccuper de l'état de santé de ses agents et de les autoriser à lui demander de ses nouvelles. L'activité de ce service de consultation est très importante. Elle est source de stress pour certains agents, l'architecture des locaux ne permet pas une vision large du service, mais l'ambiance générale du service est de qualité. Pour Mme M.-L. sa vie personnelle est sa priorité, ensuite elle estime que le construit social valorise l'individu dans son besoin de reconnaissance pour ce qu'il représente et dans ce qu'il fait. Elle a besoin de travailler et se sent utile, mais ne le fera jamais au détriment de sa vie personnelle. A l'identique, elle est respectueuse des projets des soignants sous sa responsabilité. En effet, il y a dans le planning des incontournables. Elle procède comme suit. Une fois la planification des congés annuels validée, elle ne se permet pas de bouger les jours. Des préalables sont discutés dans l'organisation, ensuite hormis un cas de force majeure, tous les agents sont certains de bénéficier de leurs jours planifiés à l'avance. Dans la mesure du possible elle a une pratique similaire pour les jours de repos. Par ailleurs, elle est sensible au changement dans l'organisation personnelle des individus. Les demandes effectuées en amont dans le respect des organisations et des personnes ont très souvent une réponse positive de sa part. Tous ces petits riens, qui représente un travail supplémentaire au manager parfois afin de l'articuler avec l'organisation participent à la qualité de vie professionnelle des agents.

Mme M. affirme sentir le matin quand quelque chose ne va. Es-ce de l'intuition<sup>55</sup> ? Ce mot provient du latin « *intueri qui signifie regarder*

---

<sup>55</sup> GIFFARD M., MORAL M., Coaching d'équipe, Outils pratiques, Armand Colin, Espagne, Février 2007, 127p

*attentivement à l'intérieur de soi. Ce n'est pas un acte volontaire. C'est une perception rapide et spontanée d'une information sans l'attention consciente ou le raisonnement, une capacité de connaître qui ne recourt pas à la déduction ou au raisonnement* ». L'intuition est l'art d'aller au fond des choses, de comprendre la vraie nature de ce que nous croisons sur nos chemins, les individus, les événements, les états. Ainsi dans son management elle laisse un espace à son intuition, à ses émotions. Etymologiquement, émotion vient du latin « *movere, se mouvoir, l'émotion est ce qui met en mouvement ce qui fait avancer, incite à agir*<sup>56</sup> ». Cinq cadres de santé sur dix disent être sensibles dès le matin à l'ambiance au travail. A mon sens ils savent que les émotions, peur, colère, joie ou tristesse sont difficiles à cerner. Parfois nous avons du mal à les dire, à les exprimer et elles deviennent des maladies. Ce qui ne se verbalise pas s'imprime. D'après ces cinq cadres de santé, il faut une réelle prise de conscience de tous ces aspects. Le nombre de temps à passer au travail représente un nombre conséquent d'années avant le départ vers la vie inactive. Alors pourquoi le manager ne participerait-il pas à la qualité de vie professionnelle de ces agents ? Huit cadres de santé sur dix disent que la qualité de vie professionnelle : « c'est avoir envie de se lever le matin pour aller au travail ». Ces cadres de santé affirment que leur mode de management influence la qualité de vie au travail des agents. Pour ces huit cadres, leur type de management participatif permet de maîtriser les contraintes externes et les incertitudes internes. Il permet le développement de la culture d'entreprise, et laisse l'espace à la créativité à l'innovation. Ce type de management induit un climat profitable à l'intégration individuelle, collective puis participe à la construction d'une identité. Tout ceci facilite les coopérations associées à la préservation de la liberté personnelle des individus.

---

<sup>56</sup> GIFFARD M., MORAL M., Coaching d'équipe, Outils pratiques, Armand Colin, Espagne, Février 2007, 127p

## 4 LA SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Manager revient à « gérer des intelligences organisées dans une organisation intelligente » affirme LEMONNIER Jacques<sup>57</sup>. La fonction de manager dans le monde de l'entreprise est en perpétuelle mutation. Dans le monde hospitalier, le cadre de santé au cœur de changements récurrents dus à des évolutions institutionnelles et réglementaires est à l'interface entre sa direction et son équipe. Les missions du manager de plus en plus complexes génèrent en raison des enjeux du stress pour eux-mêmes et pour leurs équipes. Ces évolutions socio-économiques qui touchent le monde de la santé, conduisent les managers à adapter leur mode de management. La plupart des cadres de santé interrogés lors des entretiens affirment pratiquer le management de type participatif.

Mes lectures et mon cheminement m'amènent à penser que c'est celui qui est le plus adapté aux situations actuelles. Dans un contexte de changements successifs peuvent apparaître des signes de souffrance au travail. Les principaux risques psychosociaux sont le stress, les dépressions, le harcèlement moral, la violence au travail, l'épuisement professionnel, les troubles musculo-squelettiques.

Dans les établissements de santé encore plus que dans n'importe quelle autre organisation, ces risques doivent être identifiés. A l'hôpital, la politique de prévention doit y être très dynamique, afin que la santé des personnels soit prise en considération. Mes entretiens me permettent de réaliser que pour l'instant cette politique en est encore à ses débuts. Par contre la prévention des risques psychosociaux est une préoccupation très accrue en Europe et dans d'autres pays comme le Canada. Devenu problème de santé publique en France, la prévention des risques psychosociaux a fait l'objet de rapports gouvernementaux. Le législateur contraint l'employeur au respect de certaines mesures

---

<sup>57</sup> LEMONNIER Jacques, *Manager son équipe au quotidien : 60 micro-outils pour réussir*, Vuibert, Paris, 2007, 223p

préventives de ces risques et les missions des CHSCT dans toutes les entreprises participent aussi à cette dynamique de prévention des RPS.

La réponse face à la prévention des risques psychosociaux dans ce monde de changement constant est aussi le mode de management du cadre de santé. Le style participatif facilite la communication, favorise la motivation, la responsabilisation, l'autonomie et la cohésion d'équipe

Plusieurs cadres font références à l'importance des sens dans le management. SALOVEY Peters<sup>58</sup> affirme que les cadres avec une intelligence émotionnelle élevée sont non seulement capables de gérer leur stress mais d'instaurer un climat de travail plus agréable. Un cadre de santé bienveillant qui crée de la convivialité et de l'apaisement induit sur le groupe des énergies positives.

Tous ces éléments me conduisent à confirmer mes hypothèses de départ et à affirmer que le mode de management des cadres de santé est influencé par les changements successifs et ceux-ci induisent l'apparition de risques psychosociaux au travail.

Cette confirmation m'oriente vers d'autres pistes de réflexion relative à la qualité du management le plus adapté dans le cadre de mon exercice futur. J'évoque ci-après, des éléments à mettre en exergue dans mon rôle d'acteur de santé et des missions de prévention de ces risques psychosociaux.

---

<sup>58</sup> SALVET, J.-M., Vers l'organisation du XXI<sup>e</sup> siècle, Presses de l'Université Québec, 1993,

## 5 RÔLE ET MISSIONS DU CADRE DANS LA PREVENTION DES RPS ?

Dans son ouvrage MISPELBLOM BEYER F. affirme qu'« Encadrer, un métier impossible ... Impossible parce qu'il ne connaît pas le zéro défaut, impossible car cela ne se passe que très rarement comme prévu, impossible car on a eu beau préparer un message clair, voilà qu'il est quand même compris de travers, impossible donc parce qu'on ne peut encadrer que cahin-caha ... Impossible, car si pour l'encadrement dire c'est faire, il en est inévitablement suspendu aux malentendus et aux sous-entendus du parler ordinaire<sup>59</sup> ».

Le cadre de santé a un rôle crucial dans les organisations. Les contraintes qui apparaissent dans le monde du travail génèrent du stress, et des risques humains. Il se doit d'utiliser à bon escient son mode de management. La formation devient un levier nécessaire pour mieux prévenir l'apparition des risques psychosociaux au travail.

Par ailleurs, le cadre de santé est un acteur fondamental qui bénéficie dans le cadre de ses fonctions d'éléments qui représentent une plus value pour la motivation :

- L'écoute active, le respect de l'autre et la distanciation face aux situations et aux propos entendus,
- Faciliter la cohésion du groupe, le travail d'équipe par des temps institutionnels (temps de chevauchement pour les transmissions, réunions de service pluridisciplinaire, espaces d'échanges ...)
- Les entretiens informels  
Moments d'écoute et d'échanges privilégiés qui permettront de favoriser les perspectives professionnelles des agents, de soutenir, de former ou d'informer, de limiter les craintes.
- Les entretiens annuels d'évaluations peuvent aussi être le moyen

---

<sup>59</sup> MISPELBLOM BEYER Frédéric, Encadrer un métier impossible ? Paris, Armand COLIN, 2010, 298p



pour le cadre de santé de valoriser, de repérer ou de reconnaître des compétences et de les accompagner. Créer des émulations, susciter des motivations au travail sont des fondamentaux d'épanouissement individuels et collectifs.

De plus, le cadre de santé devra développer des capacités comme l'assertivité. C'est la capacité à s'exprimer et à défendre ses droits sans empiéter sur ceux des autres. Elle correspond à une attitude de fermeté par rapport aux événements et à ce que l'on considère comme acceptable ou non, de façon à développer des relations plus harmonieuses. Être assertif<sup>60</sup>, c'est aussi pour le cadre de santé le refus d'avoir recours à trois types de comportement :

- Les comportements d'agression ou de domination par la force,
- Les comportements de soumission, qui peuvent se matérialiser par la fuite ou l'abandon,
- Les comportements de manipulation ou de domination par la ruse, parfois exprimés sous formes de manipulations mentales.

Les propos de SALVET J. le corroborent : « *Quand on traite les gens comme s'ils n'avaient aucune importance, [...] ils arrêtent d'essayer. [...] Une personne démotivée peut en démotiver beaucoup d'autres. Par contre, si vous traitez les membres de votre personnel comme si toute l'organisation dépendait d'eux, ils vous surprendront en agissant comme si c'était vraiment le cas* »<sup>61</sup>

Les cadres de santé interrogés ont exprimés l'importance de l'intuition du cadre dans sa pratique d'encadrement. Une place serait laissée à l'émotion dans le management. Certains ouvrages traitent de l'importance de l'intelligence émotionnelle dans l'encadrement. La gestion, la détection des émotions dans le management dans ce contexte d'efficacité, de performance, de changements et d'apparition de risques psychosociaux, participent à un environnement de travail plus agréable.

---

<sup>60</sup> LE BASTARD, Valérie, le 13 Mars 2012, Cours, « Asseoir son leadership »

<sup>61</sup> SALVET, J.-M., Vers l'organisation du XXI<sup>e</sup> siècle, Presses de l'Université Québec, 1993,

La formation du manager est nécessaire. Mais celle de toute l'équipe d'encadrement et des membres dirigeants reste le levier par excellence dans la prévention de ce fléau de santé publique.

## 6 HYPOTHESES D' ACTIONS

Différentes grilles d'évaluation des risques psychosociaux existent dans le monde de l'entreprise La grille KARASEK<sup>62</sup>, le questionnaire en santé au travail<sup>63</sup>, la grille d'identification des risques psychosociaux au travail de l'institut national de santé publique du Québec<sup>64</sup>. LATCHMANN Henri, LAROSE Christian et PENICAUD Muriel<sup>65</sup>, dans leur rapport « Bien être et efficacité au travail » demandé par le premier ministre font état de dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail.

Dans le monde de la santé en France, une transposition de ces grilles doit être possible même si un réajustement doit être opéré. Le rapport d'expertise<sup>66</sup> sur le suivi des risques psychosociaux au travail préconise certaines mesures comme celles relatives à la formation des managers, au renforcement du rôle des comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail et la création d'un label « santé et qualité de vie au travail » délivré par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

De nombreuses études comme celle de Press-next<sup>67</sup> en France, en Europe et dans d'autres pays comme le Canada ont permis des avancées notables dans la détection de ces risques humains et les moyens de prévention.

Des réflexions peuvent se diriger vers la possibilité de réaliser une sensibilisation des futurs cadres de santé dans leur cursus de formation sur l'importance de valeurs humaines dans l'encadrement.

Enfin des échanges entre les cadres de santé de terrain et de futurs managers en formation permettront de confronter les points de vue et d'obtenir des consensus en vue de l'élaboration d'une charte de prévention des risques psychosociaux par groupes hospitaliers.

---

<sup>62</sup> <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Depistage-Grilles-d-evaluation.html>

<sup>63</sup> [http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Quest\\_Medecin\\_RPS.pdf](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Quest_Medecin_RPS.pdf)

<sup>64</sup> [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/930\\_GrilleRisquePsychoTravail.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/930_GrilleRisquePsychoTravail.pdf)

<sup>65</sup> <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000081/index.shtml>

<sup>66</sup> <http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/actualite/essentiel>

<sup>67</sup> Revue Soins N°760, Novembre 2011.

## 7 LES LIMITES DE CE TRAVAIL

Généralement, j'apprécie les travaux d'écritures, les enrichissements de théories d'auteurs, les nouveaux savoirs et les nouveaux d'apprentissages. J'en tire très souvent un grand bénéfice qui participe à mon enrichissement.

Cette année la notion de temporalité est omniprésente à mon esprit dans l'élaboration de ce mémoire. Les nombreux travaux, leurs délais impérieux, ainsi que leurs enjeux représentent l'une des premières limites pour moi dans la réalisation de ce travail. Le contexte particulier de ces formations rend difficile la possibilité d'y consacrer toute l'énergie que je souhaitais y investir. Le thème de ce mémoire dont la question de départ appartient à ma réalité me passionne dans mes recherches. Je réalise que les littératures sont très denses sur le management, le changement et les risques psychosociaux. Ceci me conduit à limiter mes choix. Je choisis les ouvrages en fonction de mon expérience, de mon cheminement, de l'écho suscité et de mes compréhensions des contenus. Peut-être qu'en raison de cela j'ai fais des choix qui se sont avérés pas toujours judicieux.

En ce qui concerne ma méthode de travail, la réalisation des entretiens avec les professionnels de santé expérimentés a représenté un moment privilégié de rencontres fort enrichissant.

Mais, les contraintes de temps ne m'ont permis d'interrogés qu'un échantillon de dix cadres de santé. Es-ce que cela n'aurait pas été plus pertinent de les mettre en parallèle avec des questionnaires élaborés à l'attention des équipes soignantes ? Toucher du doigt la souffrance personnelle pensée et exprimée par les agents et pas uniquement par leur responsable de service.

De plus un nombre d'échantillon supérieur à trente m'aurais permis de pouvoir utiliser des graphiques (camembert, diagramme) représentatifs et facilement visualisable dans la description des données.

Il est un fait certain, l'exploitation des propos n'est pas un exercice aisé. Peut-être que ce travail devrait-il encore faire l'objet d'un autre projet de recherche dans un autre cadre. Ce sera peut être important d'exploiter en profondeur les entretiens, d'explorer d'autres pistes avec la prise de recul nécessaire.

## CONCLUSION

La sociologie des organisations permet d'optimiser par le biais de leviers la capacité d'action des managers à mettre en lumière la nature complexe des systèmes humains qu'ils dirigent. Elle participe à la saisie et au décryptage des dynamiques sociales et politiques pour pouvoir diagnostiquer les dysfonctionnements. Des études sont nombreuses sur la sphère professionnelle et de leurs interrelations sur les individus. Les avis sont très controversés sur le domaine. De célèbres artistes l'ont même chanté : « Le Travail c'est la santé »<sup>68</sup>, « Travailler c'est trop dur ...<sup>69</sup> ». Dans le monde de la santé, être malheureux au travail semble être un paradoxe. Certains affirment que le travail contribue à la structuration psychique de l'individu. Pourtant des spécialistes de la santé au travail affirment qu'un flux de patients se retrouve dans des cabinets de consultation pour des états de souffrance au travail. Les exigences envers les salariés franchissent des limites, que le corps a du « mal à dire ». Il fini par exprimer des signaux physiques d'alarme et à imprimer la « mal-adie ». Le stress est devenu l'un des problèmes majeurs des salariés dans les organisations. Les problèmes de régulations émotionnelles sont l'une des causes d'absentéisme au travail<sup>70</sup>.

Le cadre de santé dans ce tourbillon de réformes hospitalières, de changement face aux enjeux cruciaux se doit d'adapter son mode de management pour prévenir la souffrance au travail.

Actuellement, il n'y a qu'une amorce de cette politique de prévention des risques psychosociaux dans le champ hospitalier. L'ouverture du cadre de santé vers son authenticité, sa conscience bienveillante, son intelligence émotionnelle devront peut être se développer pour se mettre au service d'un management éthique et socialement responsable.

---

<sup>68</sup> SALVADOR, Henri, auteur-compositeur-interprète, 1917-2008

<sup>69</sup> ZACHARY, Richard, auteur-compositeur-chanteur-accordeoniste, 1950.

<sup>70</sup> KOTSOU, Ilios, Intelligence émotionnelle et management, comprendre et utiliser la force des émotions, Belgique, 2012, 207p.

## BIBLIOGRAPHIE

### TEXTES LEGISLATIFS

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=554A9B8FEE630DD047015019428211F3.tpdjo17v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000408526&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=554A9B8FEE630DD047015019428211F3.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000000408526&categorieLien=id) (consulté le 26/02/2012)

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Article R 230-1 du code de la Santé Publique, Abrogé par [Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 \(V\)](#)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018513431&dateTexte=20120117> (consulté le 26/02/2012)

### OUVRAGES

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Paris, Edition Du Seuil, 1977, 500p

CARTON Gérard-Dominique, Eloge du changement, Guide pour un changement personnel et professionnel, Paris, Edition Village Mondial, 2006. Collection Management et Or, 273p

DIRIDOLLOU Bernard, Manager son équipe au quotidien, Entre paroles et actes accompagner le travail de ses collaborateurs, Paris, Edition Eyrolles, 2007, 202p

LEMONIER Jacques, Manager son équipe au quotidien : 60 micro-outils pour réussir, Paris, Edition Vuibert, 2007, 223p

LE SAGET Meryem, Le Manager Intuitif, Paris, Dunod, 2006, 269p

MISPELBLOM BEYER Frédéric, Encadrer un métier impossible ? Paris, Armand COLIN, 2010, 298p

BERNIOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Edition du Seuil, 2009, 406p

BERNIOUX Philippe, Sociologie du Changement dans les entreprises et les organisations, Paris, Edition du Seuil, 2010, 368p

BERANCENEY J.-Cl., HONO R., MICHOT P., MOREAU P., QUEST M., L'éthique et les soignants, Paris, Edition Lamarre, 2001, 179p

MINTZBERG Henry, Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre, Paris, Edition Eyrolles, 2007, 283p

GIFFARD Michel, MORAL Michel, Coaching d'équipe, outils et pratiques, Paris, Armand COLIN, 2007, 127p

MINTZBERG Henry, Le Management, Voyage au Centre des organisations, Paris, Edition Eyrolles, 703p

KOTSOU Ilios, Intelligence Emotionnelles et Management, Comprendre et utiliser la force des émotions, Belgique, Groupe de Boeck, 2012, 195p

CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, Le burn out, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses, Paris, Masson, 228p

HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, InterEditions, Masson, 1997, 1995p

HAUBOLD Bénédicte, Les Risques Psychosociaux, Analyser et prévenir les risques humains, Paris, Edition Eyrolles, 2011, 296p

AUBERT Nicole, GRUERE Jean-Pierre, JABES Jak, LAROCHE Hervé, ENLART Sandra, Management, aspects humains et organisationnels, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, 656p

Le Petit Robert Micro, Paris, Mai 2012, 1610p.

## **ARTICLE DE PERIODIQUE**

CARILLO Claudine, Stress organisationnel, Revue Soins, Avril 2011, N°754, pp 1-19

## **SUPPORT ELECTRONIQUE**

### **Rapport**

LACHMANN H., LAROZE C., PENICAUD M., Bien être et efficacité au travail- 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail.



Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081/0000.pdf> (consulté le 29/03/2012)

## **SITES RESSOURCES**

Site du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité dédié aux conditions de travail :

Disponible sur : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/> (consulté le 29/03/2012)

Site de l'Institut National de Santé Publique du Québec. Disponible sur : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/930\\_GrilleRisquePsychoTravail.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/930_GrilleRisquePsychoTravail.pdf) (consulté le 29/03/2012)

Site de l'ANACT consacré au stress :

Disponible sur : [www.mieuxvivreautravail.anact.fr/](http://www.mieuxvivreautravail.anact.fr/) (consulté le 29/03/2012)

Autre site de l'ANACT : Semaine de la qualité de la vie au travail. Disponible sur : [www.qualitedevieautravail.org/](http://www.qualitedevieautravail.org/) (consulté le 29/03/2012)

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail : Disponible sur : <http://www.anact.fr/> (consulté le 29/03/2012)

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : Disponible sur : <http://www.inrs.fr/> (consulté le 29/03/2012)

## ANNEXES

<b>Annexe 1</b>	Article
<b>Annexe 2</b>	Article
<b>Annexe 3</b>	Grille d'entretien
<b>Annexe 4</b>	Retranscription intégrale d'un entretien

:

:

**ANNEXE 1 : ARTICLE R 230-1**

## **Article R230-1**

- Abrogé par [Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 \(V\)](#)

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'article L. 230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, au sens du septième alinéa de l'article L. 236-2, ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Dans les établissements visés au premier alinéa de l'article L. 236-1, cette transcription des résultats de l'évaluation des risques est utilisée pour l'établissement des documents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 236-4.

Le document mentionné au premier alinéa du présent article est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail.

Il est également tenu, sur leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4° de l'article L. 231-2.

En outre, pour ce qui concerne les résultats des évaluations relatives aux risques liés à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants et pour les installations et activités dont ils ont respectivement la charge, il est tenu à la disposition des inspecteurs de la radioprotection mentionnés à l'article L. 1333-17 du code de la santé publique et des agents mentionnés à l'article L. 1333-18 du même code.

**ANNEXE 2 : ARTICLE R 230-2**

## Article L230-2

- Modifié par [Loi n°2006-686 du 13 juin 2006 - art. 37 JORF 14 juin 2006](#)
- Abrogé par [Ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007 - art. 12 \(VD\) JORF 13 mars 2007 en vigueur au plus tard le 1er mars 2008](#)

I. - Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

II. - Le chef d'établissement met en œuvre les mesures prévues au I ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :

- a) Eviter les risques ;
- b) Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- c) Combattre les risques à la source ;
- d) Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- e) Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- f) Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- g) Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 122-49 ;
- h) Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- i) Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

III. - Sans préjudice des autres dispositions du présent code, le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement :

- a) Evaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail ; à la suite de cette évaluation et en tant que de besoin, les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en œuvre par

l'employeur doivent garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et être intégrées dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement ;

b) Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, prendre en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la sécurité et la santé ;

c) Consulter les travailleurs ou leurs représentants sur le projet d'introduction et l'introduction de nouvelles technologies mentionnées à l'article L. 432-2, en ce qui concerne leurs conséquences sur la sécurité et la santé des travailleurs.

IV. - Sans préjudice des autres dispositions du présent code, lorsque dans un même lieu de travail les travailleurs de plusieurs entreprises sont présents, les employeurs doivent coopérer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité, à l'hygiène et à la santé selon des conditions et des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

En outre, dans les établissements comprenant au moins une installation nucléaire de base ou une installation figurant sur la liste prévue au IV de l'article L. 515-8 du code de l'environnement ou visée à l'article 3-1 du code minier, lorsqu'un salarié ou le chef d'une entreprise extérieure ou un travailleur indépendant est appelé à réaliser une intervention pouvant présenter des risques particuliers en raison de sa nature ou de la proximité de cette installation, le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice et le chef de l'entreprise extérieure définissent conjointement les mesures prévues aux I, II et III. Le chef d'établissement de l'entreprise utilisatrice veille au respect par l'entreprise extérieure des mesures que celle-ci a la responsabilité d'appliquer, compte tenu de la spécificité de l'établissement, préalablement à l'exécution de l'opération, durant son déroulement et à son issue.

NOTA:

*Ordonnance 2007-329 2007-03-12 art. 14 : Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur en même temps que la partie réglementaire du nouveau code du travail et au plus tard le 1er mars 2008.*

*La loi n° 2008-67 du 21 janvier 2008 dans son article 2 X a fixé la date d'entrée en vigueur de la partie législative du code du travail au 1er mai 2008.*

**ANNEXE 3 : GRILLE DES ENTRETIENS**



## GRILLE DES ENTRETIENS

**Date de l'entretien :**

**Secteur d'activité :**

**Effectif :**

**Fonction :**

**Ancienneté dans l'établissement :**

Ce document est le fil conducteur de mes entretiens. Toutes les questions sont abordées mais des approches différentes peuvent être réalisées entre les thèmes, une reformulation est possible pour une meilleure interaction avec l'interlocuteur.

Merci par avance de me recevoir et du temps consacré à l'entretien.

Une retranscription de tous les entretiens doit être réalisée veuillez excuser de la gêne occasionnée par le dictaphone.

### QUESTIONS

- 1/** Quelle est votre conception du management ?
- 2/** Qu'évoque pour vous le mot changement ?
- 3/** Le changement impacte-il le management ?
- 4/** Le changement peut-il induire des risques ?
- 5/** Les risques psycho-sociaux sont-ils identifiés dans votre établissement ?
- 6/** Ces risques sont-ils pris en compte par vous ?
- 7/** Quelle votre conception de la performance ?
- 8/** Quelle conception avez-vous de la qualité de vie professionnelle ? Pour vous ? Pour votre équipe ?

### Pour conclure

Je vais reformuler l'ensemble des idées émises par la personne interrogée pour m'assurer de son accord. Lui demander s'il souhaite rajouter d'autres éléments dans cet entretien.

Remercier pour le temps consacré.

**ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN**

## **HEMATO Adulte**

**Mme M.-L.**

## **ENTREITEN N°2**

### **1/ Quelle est votre conception du mot management ?**

Le management d'un point de vue théorie, c'est l'encadrement, l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire selon le contexte dans lequel le cadre de santé travaille. On va se fixer dans le management à l'hôpital. C'est encadrer une équipe avec différents types de métiers dans différentes type d'organisation et théoriquement on est sensé appliqué ce management dans un projet d'établissement ou de pole. Il y a des lignes directives à mettre en place dans notre manière de gérer les équipes et puis il y a une manière très personnelle de gérer les équipes qui est liée au cadre de l'unité. Personnellement je suis plutôt sur un management qui vise à autonomiser les gens. J'essaye de mettre en place ce type d'organisation tout en respectant des règles. Nous avons tous besoin d'un cadre sinon c'est l'anarchie, la débandade. Je suis plutôt quelqu'un qui fais confiance aux gens. Je ne suis pas quelqu'un qui « flique ». Mais si je réalise que l'on me manipule, ou que l'on me gruge ou que l'on est malhonnête. La cela ne va plus du tout aller bien.

Pour reprendre l'expression d'un intervenant lors d'un cours au CNAM (conservatoire des arts et des métiers) dans le cadre de ma formation de cadre de sante, « Le management doit être bienveillant mais implacable ». Voila, je suis un peu comme ceci, bienveillante, je vais accompagner soutenir un projet, tout faire pour accompagner quelqu'un qui veut aller en formation. Je suis dans cette dynamique. Si je dois prendre de jolis termes pour définir le management, je suis plus dans le management participatif et délégatif. Je pratique le management participatif parce que c'est important que les soignants participent à leurs organisations de travail et ce n'est que comme cela que cela peut fonctionner. Le management délégatif pour plusieurs raisons, aujourd'hui nos fonctions de cadre dans les services sont de plus en plus larges et transversales. Donc nous ne sommes plus responsables que d'une unité ou on est au cœur de plusieurs services. Du moins on a plus les moyens d'être dans la proximité. Donc il faut forcément organiser notre travail différemment, et déléguer pour pouvoir faire d'autres taches de manières plus approfondie et appliquée. Donc à partir du moment où j'ai des collègues qui sont volontaires pour faire des choses, ils ont des compétences et des capacités, je veux bien les accompagner pour faire des choses. Je vais travailler avec l'agent, collaborer avec lui et a partir du moment ou les choses seront bien huilés, je lui laisserai pas mal de latitude. Maintenant, les cadres de santé n'ont plus trop le choix. Il faut s'entourer des collaborateurs sur lesquels on peut compter. Leur proposer des missions. Certains agents en sont très contents, à partir du moment où l'on peut leur proposer de sortir du soin, c'est valorisant pour eux. Le vrai boulot du cadre de santé, c'est de trouver ces compétences dans son équipe, donner du temps à ces personnes pour travailler sur ces missions qu'on leur délègue.

C'est ainsi ma vision de mon travail

## **2/ Qu'évoque pour vous le mot changement ?**

Le changement est nécessaire dans le contexte hospitalier dans celui de l'AP/HP c'est obligatoire si l'on veut que la santé publique perdure. Le seul problème c'est que si le changement n'est pas correctement accompagné il peut survenir des difficultés pour les personnes de terrain. Donc souvent il est très mal vécu, très mal interprété. Mais pour moi le changement est nécessaire. Si on ne change pas on campe sur des pratiques anciennes. Mais c'est important pour l'humain de manière générale, il est important de changer. De même je ne m'imagine pas travailler 20 ans dans la même unité de soins. Le changement est aussi une question d'état d'esprit. Il est nécessairement bénéfique mais nécessite de l'accompagnement, de la communication. Ce n'est pas tant ce qui s'est réalisé dans l'hôpital avec la mise en place des pôles, avec la nouvelle gouvernance, les restrictions budgétaires qui ont été mises en place. Le fait que chaque établissement a du rendre des postes, cela n'a pas été expliqué en amont. Donc pour beaucoup de gens cela a été vécu comme de la maltraitance institutionnelle.

## **3/ Le changement impacte-il le management ?**

Le changement impacte non seulement le management mais de surcroît, il peut induire des risques s'il est très mal accepté par les soignants. Le changement c'est changer de manière de travailler, d'organisation, il faut expliquer aux agents le pourquoi des choses qui permettent de donner du sens aux actes. Le personnel a besoin de comprendre. Il ne faut pas mettre une organisation en place sans en avoir discuté auparavant. Par exemple nous avons changé les horaires de travail. Alors nous avons fait une réunion où j'ai interpellé l'équipe sur le fait qu'en terminant à 17H00 nous avons encore des patients qui attendaient et que nous devons renvoyer. Nous sommes une unité qui réalise un ensemble de soins (c'est une unité de jour) et c'est une activité florissante pour l'hôpital. Nous ne pouvons nous permettre de ne pas avoir une amplitude horaire la plus large possible qui nous permettent de couvrir le plus possible les demandes de nos usagers, ni de laisser les patients seuls avec les médecins. En expliquant et discutant cela se passe bien. Plutôt que de terminer à 17H00 nous terminons à 18H00. Les patients sont satisfaits car même quand il travaille ils peuvent s'organiser, les médecins aussi pour leur activité et nous pour la qualité, la rentabilité du service. Si nous devons revoir nos horaires des qu'il y aura des arguments cela sera encore possible. Je le sais. En qualité de manager il faut écouter les agents car les agents sachant écouter entendus proposent des idées créatives. Je ne suis pas quelqu'un de trop directif ou rigide. Au départ je voulais que les choses se réalisent en temps et en heure. Je me suis heurté à des conflits. Maintenant avec l'expérience on y va progressivement et en général je n'ai pas de problème particulier avec les équipes qui sont autonomes. Si

il survient une difficulté et que j'en suis informée je fais de mon possible pour régler cette difficulté au plus vite.

#### **4/ Le changement induit-il des risques ?**

Des risques forcément si le changement n'est pas anticipé et organisé à l'avance. C'est à nous cadre de santé que ces changements tombent un peu dessus, de faire en sorte, de réorganiser les projets, de les repenser afin de limiter les risques. Par exemple, on diminue l'effectif infirmier(e) sans pour autant diminuer l'activité du service ou le nombre de patient accueilli. Donc nous en qualité de cadre il faut réorganiser repenser l'organisation pour continuer à réaliser l'activité sans qu'il y ait des risques pour le personnel ou pour les patients. On se rend bien compte avec les années passées, que c'est possible. Mais comme les personnes n'ont pas intégré cette capacité de changer il se braque et imagine qu'ils ne vont pas y arriver et ce n'est pas vrai. C'est juste qu'il faut aborder les choses différemment et ne pas être négatif. Soit on s'adapte à ce changement ou on va vers d'autres horizons. Forcément il y a des risques. Après cela peut être très individuels. En ce moment on parle beaucoup de burn out. Personnellement j'ai fait des formations la dessus. Après c'est comment chacun appréhende le changement et ses impacts et le gère.

#### **5/ RPS identifiés dans unités/pôles/établissement ?**

Depuis un an ou deux il est proposé à l'AP/HP pour les cadres et pour le personnel des formations à la gestion du stress, à la prévention du burn out, sur la gestion du temps. Pour les RPS, il y a une formation organisée pour les agents toutes catégories confondues, et il est abordé, le stress, le burn out, la dépression liée au fait que l'institution change évolue et il y a des personnes pour qui c'est compliqué de gérer ce changement. Donc effectivement, il y a des agents qui se retrouvent en pleine dépression et développent des troubles musculo-squelettiques. Il décompense en raison de leur inadaptation au changement.

Donc ces risques sont pris en compte non seulement sur cet hôpital mais c'est une politique générale de l'AP/HP, donc il y a un plan de formation de l'AP/HP proposé à tous les soignants quelque soit son établissement d'origine appartenant à l'AP/HP.

Le calendrier de formation est reçu pour les cadres de santé. Il est malheureusement constaté que toutes ces formations sont essentiellement proposées au cadre de santé.

Mais c'est difficile en qualité de cadre de santé de tout voir. Pour un peu que tu sois toi-même pas bien, cela devient compliqué à remarquer que certains de tes ne vont pas bien eux aussi. Cette année il y a eu deux sessions de formations sur le risque suicidaire mais destinée au directeur, aux médecins dirigeants. Cela va peut être se développer mais il y a une réelle prise de conscience du risque suicidaire dans l'entreprise depuis le passage à l'acte l'an dernier d'un

agent. Malheureusement, c'est toujours que le risque survient les choses bougent.

## **6/ Vous intéressez-vous à ces risques ?**

Oui, parce que je suis cadre de santé, parce qu'effectivement il y a des gens qui sont en souffrance au travail. Il y a des gens de mauvaises volonté, qui râle pour tout et ronchonne, ce sont des cas particuliers. Mais je sais qu'il y a vraiment des personnes qui sont en souffrance au travail.

Dans mon unité il n'y a personne à ma connaissance en position de souffrance au travail. D'ailleurs à ces formations institutionnelles sur la gestion du stress, prévention du burn out, gestion du temps je me suis inscrite à toutes, car cela m'intéresse personnellement en tant que cadre, car je sens bien qu'il y a des moments où moi même je suis un peu dépassée. La formation est le moyen de s'enrichir d'acquérir des outils mais aussi de prendre l'air, de quitter le terrain. C'est le moment de rencontrer d'autres personnes. Au cours de ces formations où il y a que des cadres de santé, moi j'ai rencontré beaucoup de personnes en grande souffrance. Il y a des gens qui sont malheureux au travail. C'est dur, il y a eu des groupes de travail avec des pleurs, des personnes maltraités par leur hiérarchie, leur cadre de pôle, cadre supérieur. Dans la profession de cadre de santé, je ne dis pas cadre de proximité, car on n'est plus dans la proximité du moins en tout cas pas des patients. On est le « punching ball » ce n'est pas très joli, mais on est le « punching ball » des agents, quand cela ne va pas ils viennent se défouler, en me disant « cela ne va pas, je n'en peux plus .... ». Le « punching ball » des médecins parce que l'on a fermé des lits et ils en ont marre par qu'ils ne peuvent pas recevoir leur patient et gérer comme ils le voudraient leur activité. Le « punching ball » de la hiérarchie, où l'on vous demande d'ouvrir des lits, d'augmenter vos activités sans plus de moyens. Voilà, il y a des moments où on est un peu tout seul. C'est difficile. Quand vous êtes cadre supérieur avec les nouvelles politiques, ils sont sortis des services pour être mis sur des fonctions transversales, avec les nouvelles réformes telles que la nouvelle gouvernance, les pôles. Les cadres supérieurs sont beaucoup moins exposés. Après ils ont d'autres responsabilités. Pour le cadre de santé, il y a trois ou quatre agents qui viennent se plaindre, même si je ne le prends pas pour moi, mais c'est plus par rapport à la fonction que je représente. Responsable d'une organisation, de planning, il y a des jours où j'impose des choses et il y a des jours où c'est « too much ». Comme on est tout de même assez seul, quand on est cadre, c'est vraiment quelque chose auquel il faut penser. Il faut faire le deuil de l'équipe. Je m'entends très bien avec l'équipe que j'encadre, je mange avec elles, mais ce ne sont plus mes collègues infirmières. Donc forcément il faut une petite barrière qui est nécessaire pour être un bon manager. De mon point de vue cela ne peut plus être possible d'être dans l'équipe uniquement. Vous devez être dans l'équipe mais sans trop l'être. Être visionnaire, faire la garde pour veiller aux risques et protéger l'équipe, faire le guide pour montrer

la bonne route repérée, être là quand il survient une entorse, un souci. Ne pas oublier que vous n'êtes pas présent en bon père ou mère de famille, mais surtout être conscient que vous êtes le chef, garant de la qualité, la sécurité et l'organisation des soins pour les patients et le personnel sous votre responsabilité. Je crois qu'il faut savoir identifier le risque mais pas seulement.

En ma qualité de cadre de santé et surtout par rapport à ma sensibilité je fais attention aux personnes qui semblent être en souffrance au travail. Je repère des personnes qui sont le plus en retrait, qui vont être moins dans l'équipe, qui prennent moins la parole ou des gens qui vont être le plus souvent en arrêt de maladie, répétitif et de courte durée. Des personnes qui râlent beaucoup ou qui se plaignent beaucoup. Les personnalités de râleur, on les identifie très vite. Dans toutes les équipes il y a des personnes pour qui cela ne va jamais mais qui sont là depuis 30 ans et qui continuent à rester là. Socialement, dans toutes les équipes il y a des personnes un peu comme cela. Il faut aussi les laisser, ne pas prêter cas à tout cela. Après il y a d'autres personnes, qui ne sont pas dans cette dynamique de plaintes chroniques. Ils vont venir me voir et me demander une journée parce qu'ils ne sont pas bien. Ponctuellement, il faut être vigilant, je vais dire, je vous donne 3 RTT, reposez-vous, prenez la semaine. Il faut essayer de les voir en entretien individuel. Leur proposer de les changer de roulement, il faut être vigilant. Même si en qualité de cadre de santé, on est en difficultés en terme d'effectifs, mais quelqu'un qui est malheureux là où il est, qui pleure, il faut lui proposer de changer de service, d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe. On est tout de même dans une dynamique de pôle. L'hématologie ne lui convient plus, lui proposer d'aller en transplantation ... Du coup dans le cadre du pôle il y a la possibilité de certains choix. Le soignant a peut-être besoin de souffler, car l'isolement, les patients, les pathologies, devient supportable. Les décès très importants sont difficiles à gérer. En tant que personne assez sensible, je suis à l'écoute des agents, même si je suis consciente que la gestion de 80 agents n'est pas chose aisée pour moi. J'essaie de voir régulièrement les équipes même deux ou trois minutes tous les jours. On ne fait pas un métier comme celui d'infirmier par hasard. On aime l'humain. Quand on est cadre on est surtout dans la gestion de l'humain. En fait, on est plus dans l'accompagnement par rapport à la pathologie des patients. Mais on est dans la gestion des ressources humaines.

## **7/ Quelle est votre conception de la performance ?**

Etre performant au travail c'est remplir ses missions. Faire bien avec peu de moyen, au moindre coût possible. Mais pas de contre partie valorisante surtout à l'AP/HP. Notre hiérarchie nous demande d'être performant, de bien faire. Mais nous sommes tellement nombreux que c'est difficile à vérifier la performance de tous les acteurs. De plus on ne va pas s'en apercevoir tout de suite, surtout quand il y a des incidences mineures, par exemple un agent qui part plutôt. Après je pourrais être

un cadre qui exige de la performance chez l'autre, être harcelante et par la je serai maltraitante et j'engendrerai de la souffrance au travail. A mon sens aussi ma conception de la performance doit permettre une valorisation salariale des acteurs surtout ou par d'autres moyens. En ce moment la performance, c'est un mot à la mode sauf que le management hospitalier en est encore très en retard. Le management tel que l'on nous l'enseigne dans les IFCS ou l'on a un master, des enseignements universitaires supérieurs qui nous ouvre des horizons extrêmement riches et intéressants et quand on revient dans la vraie vie je ne me sens pas reconnu dans mon établissement comme un manager qui a des connaissances, des compétences, et qui est performant. En effet, on est dans de grandes disparités. Il y a encore des anciennes surveillantes de plus de 60 ans, sans formation et maintenant depuis 3-4 ans il y a des cadres comme moi. Titulaire d'un diplôme de cadre de santé et d'un master 1, et qui sont dans une dynamique d'inscription pour un master 2. Nous sommes dans un autre monde par rapport à elles, notre mode de penser est différent. C'est vrai que sur le terrain on apprend des choses, mais on n'est pas dans la même philosophie. Je suis cadre de santé titulaire d'un Master 1 et je ne suis pas valorisée plus qu'un autre cadre de santé non titulaire de diplôme de cadre de santé et encore moins de master. Dans nos sociétés et le monde de l'entreprise en général, un cadre est rémunéré de manière supérieure par rapport aux personnes qu'il encadre. Le métier d'encadrement n'est pas reconnu comme manager, performant, compétent, on est plus vu comme des surveillants. Nous avons une position à l'AP/HP avec des grilles de salaires qui ne seront pas des leviers ou des sources de motivation au travail. Si on compare avec des établissements privés, la générale de santé par exemple, peut permettre d'avoir des salaires valorisants. La performance au travail du cadre à mon sens se paye, se doit d'être accompagnée, valorisée. Il en est de même pour l'équipe.

La performance d'un cadre c'est aussi quand il n'est pas là, que l'équipe fonctionne sans lui. C'est savoir mettre en place les bonnes organisations pour que s'organise avec ou sans vous le travail. Mon expérience dans mon unité de soins, me permet pas d'être performant comme je le sens. En effet, cette équipe soignante n'est pas autonome du tout. Je ne sais pas si c'est en raison de la pathologie soignée, le fait d'être dans des secteurs fermés, la gestion des pathologies lourdes. Je trouve qu'il y a des difficultés pour moi à tendre vers une performance optimale en raison du manque d'autonomie de l'équipe soignante.

## **8/ Quelle est votre conception de la qualité de vie professionnelle ?**

Pour moi c'est d'abord ma vie personnelle, mes enfants, ma famille, mes amis et ensuite ma vie professionnelle. Cette dernière est importante, je m'épanouis, c'est de la socialisation, de rencontrer des gens, c'est la reconnaissance en tant que personne. C'est humain, ce besoin de reconnaissance en tant que personne. Quand on me dit sur le



plan professionnel, comment on va faire si tu n'es pas là, qu'est ce qui va nous arriver ? Cela flatte mon égo. Mais c'est vrai que je m'astreins d'être disponible pour mon dernier enfant, mon fils ma fonction de cadre m'a aussi permis cela. En plus je suis à proximité de mon domicile et pour la gestion de ma famille, c'est vraiment très pratique. Pour moi cela constitue de la qualité de vie professionnelle. Donc pour l'instant, je ne recherche pas un autre établissement même si certaines choses ne me conviennent pas complètement dans mon travail. Pour moi j'ai un équilibre de vie, à concilier ma vie professionnelle et ma vie privée et cela me satisfait pleinement.

Pour les membres de mes équipes, c'est respecter leur roulement de travail. Je me l'impose d'autant que c'est moi qui gère l'ensemble des plannings des 80 personnes sous ma responsabilité, je m'astreins à respecter leur roulement, un weekend sur deux, leur RTT, à donner les vacances qu'il me demande, les jours qu'ils me demandent. C'est vrai que cela me demande beaucoup de travail car il faut équilibrer les équipes qui travaillent. Je m'abstiens à respecter le fait que les soignants aient un rythme de travail régulier afin qu'il soit épanoui dans leur vie personnelle. Je leur dis si vous avez une activité extérieure qui vous demande d'être en repos tous les mercredis, si je peux le faire je le fais. C'est aussi l'avantage de gérer des grandes équipes. C'est beaucoup de travail mais cela donne de l'aisance. En qualité de cadre, ma priorité est de ne pas les malmenager dans les plannings. Ne pas changer les rythmes tous les 15 jours. Il y a un contrat passé entre nous. Les priorités c'est de donner les vacances, les formations souhaitées mais en contrepartie s'il faudra dans un mois faire trois weekend plutôt que deux parce qu'il y a un problème d'effectif mais je veux maintenir les dates des vacances, personne ne râle. Jusqu'à maintenant je gère les équipes comme ceci et cela n'a jamais causé de souci. Dans les services il faut leur donner un planning de travail en harmonie avec leur vie personnelle (envie de faire du sport le lundi ou d'accompagner aux activités les petits le mercredi). C'est aussi cela être cadre c'est faire des concessions, respecter l'autre et ses choix l'accompagner mais être garant de la qualité et de la sécurité des soins. Donc organiser des plannings pour convenances personnelles mais trancher quand il faut que l'organisation soit sécurisée, cohérente, adaptée et pertinente face à la charge en soins.

Au total, je m'astreins à une harmonie dans ma vie active donc je procède à l'identique pour les agents de mon équipe.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59  
Diplôme de cadre de santé DCS@11-12

<b>TITRE DU MEMOIRE</b> <b>Le cadre de santé, levier de la santé au travail ?</b> Gérer les changements, prévenir les risques psychosociaux dans le management	
<b>AUTEUR</b> Maryse MABADIKA-CHOISY	
<b>MOTS-CLES</b>	<b>KEYWORDS</b>
Management – Changement – Souffrance au travail – Risques psychosociaux	Management – Change – Suffering at work – Psycho-social risks
<b>RESUME</b>	
<p>Les organisations hospitalières actuelles vivent de nombreux changements, de nature, d'ampleur et de temporalités différentes. Ces évolutions amènent à des réalités organisationnelles qui induisent des risques psychosociaux et interrogent les modes de management. Dans le cadre de ce dispositif de formation il est réalisé des investigations sur les incidences des risques psychosociaux sur les soignants et les organisations à l'hôpital public. Les changements, le management et les risques induits sont trois vastes domaines qui nous conduisent à la question suivante : Quel type de management paraît le plus adapté pour accompagner le changement et prévenir les risques psychosociaux ?</p> <p>Dans une première partie, un cadre conceptuel autour des trois champs disciplinaires que sont le changement, le management et les risques psychosociaux est défini et des hypothèses sont formulées pour aiguiller notre réflexion.</p> <p>Dans une deuxième partie, il est présenté l'analyse des entretiens menés auprès des cadres de santé sur les thèmes de changements successifs dans un contexte de performance, d'apparition de risques psychosociaux, de leurs impacts sur le management et la qualité de vie professionnelle des soignants. La synthèse de ces axes de réponse confirme les hypothèses de départ.</p> <p>En dernier lieu, des propositions d'actions sont avancées pour optimiser le mode de management du cadre de santé à l'hôpital.</p>	

<b>ABSTRACT</b>
<p>Hospital organizations are going through many changes, in their nature, size and different time schedules. These changes lead to organizational realities that involve psychosocial risks and question management methods. During this internship an investigation, on the impact of psychosocial risks for Healthcare staff and organizations in public hospitals, is being conducted. Changes, management and risk evaluation are three broad areas that lead us to this question: What kind of management seems best suited to support change and prevent psychosocial risks?</p> <p>First of all a conceptual framework around three main subjects will be examined. These subjects are change, management and psychosocial risks. During our scrutiny each subject will be defined and hypothesizes will allow us to direct our line of thought.</p> <p>Secondly, a presentation of the analysis made on the interviews conducted with healthcare executives on the topics of, successive changes in a performance context, the emergence of psychosocial risks, their impact on management and professional quality of life for Healthcare employees. The syntheses of their responses confirm the initial assumptions.</p> <p>Finally, solutions and actions proposed, which will optimize management techniques for healthcare managers in hospitals.</p>