

réflexion

Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management

MATHIEU DETCHESSAHAR ■ Le défi actuel des cadres hospitaliers est d'assurer leur rôle, primordial au sein des équipes, alors qu'ils sont happés par un grand nombre de tâches ■ À l'heure où la qualité de vie au travail est mise à mal comment alors faire évoluer les organisations et le management ? ■ Retour sur un phénomène qui ne cesse de s'amplifier.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Building quality of life at work in hospitals, caring for management. The current challenge for hospital managers is to carry out their role, essential within teams, while being engulfed by a large number of tasks. At a time when quality of life at work is being undermined how can organisations and management be made to evolve? A review of an ever-growing phenomenon.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

MOTS CLÉS

- Compétences
- Gouvernance
- Management
- Qualité de vie
- Travail

KEYWORDS

- Governance
- Management
- Quality of life
- Skills
- Work

Les professions du soin n'échappent pas à la montée des plaintes qui touche l'ensemble des salariés concernant la dégradation des conditions de travail [1]. La période récente se caractérise en effet, non seulement par la perpétuation des pénibilités physiques, mais également par la mise en visibilité des maux subjectifs du travail (stress, dépression, souffrance, burn-out, suicides...) que la pratique, plus que l'académie, a tenté de regrouper autour de l'expression de risques psycho-sociaux. Ce malaise du travail conduit aujourd'hui les partenaires sociaux à exhumer la notion de "qualité de vie au travail" (QVT). Bien que mal définie, le retour de la QVT dans le débat social signale une attention grandissante au vécu subjectif des salariés en lien avec les conditions physiques, sociales, managériales et organisationnelles de réalisation du travail. À l'hôpital, les tutelles se sont, bien sûr, saisies de ces questions et la Haute Autorité de santé (HAS) a entamé, depuis deux ans, une réflexion approfondie en vue de développer la première version d'un guide de visite sur la QVT pour les experts-visiteurs [2].

Dans le secteur de la santé, la question de la QVT se pose dans un contexte spécifique de transformation profonde des modes de gestion et de gouvernance depuis une quinzaine d'années. Face à la modification des modes de gouvernance qui appelle de nouveaux circuits de décision et de nouveaux apprentissages, et au renforcement des

exigences en matière économique, comme en matière de qualité et de sécurité, les cadres hospitaliers devraient jouer un rôle central pour coordonner l'action des soignants au carrefour des différents objectifs et stabiliser au moins localement le sens du travail. Il existe, dans la qualité de cette action de régulation locale de l'activité, une des clefs de la qualité de vie pour les personnels [3,4]. Or, nos recherches montrent que ce travail local de régulation, qui suppose une proximité du cadre avec le travail opérationnel des équipes et une mise en discussion fréquente de celui-ci, est de plus en plus menacé à l'hôpital. Cette part importante de la fonction du manager semble souvent empêchée par la multiplication des tâches connexes à l'activité de régulation. Dès lors un enjeu fort en matière de QVT à l'hôpital consiste à "désempêcher" les tâches des managers et à remettre au cœur de leur fiche de poste l'animation de la discussion sur le travail opérationnel de leurs équipes.

LE CADRE EN RETRAIT DU TRAVAIL OPÉRATIONNEL

■ La question du lien entre modes d'organisation, style de management et qualité de vie au travail est étudiée depuis quelques années au sein du programme de recherche "Santé, organisation et gestion des ressources humaines" (SORG) [5].

Le management durable

Entre 2006 et 2010, une vingtaine d'organisations appartenant à trois secteurs d'activité (industrie, métiers du téléphone, santé-social), emblématiques des transformations en cours, ont fait l'objet d'une enquête sous la forme d'études monographiques dans le cadre d'un contrat de recherche avec l'Agence nationale de la recherche (ANR). Depuis 2010, la recherche s'est poursuivie dans le secteur de la santé, notamment dans le cadre du projet PHARES portant sur l'absentéisme à l'hôpital [6].

■ **Sur les terrains enquêtés, les recherches ont mis en évidence une tendance lourde mettant en retrait des encadrants de première ligne du travail opérationnel.** À l'hôpital, les cadres de proximité sont pris dans des logiques organisationnelles et managériales qui conduisent à les éloigner, parfois très fortement, de la scène du travail : ils sont de moins en moins présents aux transmissions, dans les couloirs, les salles de soin et de pause, les chambres des patients, etc. Dans les établissements, ce retrait des cadres de santé a un impact très négatif car il se déroule alors même que l'activité se tend en raison du contexte de réforme particulier de l'hôpital : réforme de la tarification, réduction des temps de séjour et accroissement des entrées / sorties de patients, réorganisation de l'offre de soins, pression des tutelles sur la réduction des déficits, manque de moyens, etc. À ces facteurs de tension liés à la réforme des modes de gestion de l'hôpital, s'ajoutent également les contraintes et les difficultés qui entourent le métier de soignant : pression des familles et des patients, "lourdeur" accrue des malades accueillis à l'hôpital, etc. La conséquence est que le rôle de coordination du travail opérationnel fait parfois défaut au moment même où les exigences de coordination de l'activité opérationnelle croissent. Le risque est que les soignants soient livrés à eux-mêmes pour rechercher des solutions et faire face aux difficultés dans la gestion de leurs activités opérationnelles, sans que les inévitables conflits de vision ou de professionnalité ne soient gérés par l'encadrant et sans que le cadre ne vienne en appui des équipes dans la recherche quotidienne des solutions opérationnelles.

LE TRAVAIL DU "CADRE EMPÊCHÉ"

■ **Si le cadre est de moins en moins acteur dans l'activité de travail,** ce n'est pas tant par la suppression de postes ou par la réduction de leur nombre : celui-ci est happé par un certain nombre de tâches concurrentes, très consommatrices de



temps et très visibles pour sa hiérarchie, contrairement au travail quotidien de régulation. La recherche permet de faire apparaître deux grands types d'activité qui éloignent le manager du travail.

■ **Le cadre est tout d'abord très occupé sur le front de l'entretien et de l'alimentation des « machines de gestion » [7].** Alors que l'outil de gestion doit aider l'encadrant à réaliser son travail de soutien de l'activité, la machine de gestion est supposée suffire à cette activité de soutien et de pilotage, le rôle du manager se bornant alors à en assurer le fonctionnement et la maintenance. Concrètement, le cadre mobilise dans ce travail les systèmes d'information. Une formule plus juste consisterait à dire qu'il est dans ce travail "mobilisé" par les systèmes d'information qui le sollicitent pour mettre à jour des procédures ou des protocoles, gérer le système qualité, renseigner des plannings de personnels et d'activité, gérer les entrées et les sorties des patients, transmettre des indicateurs, répondre à des enquêtes, etc. Cet intense labeur gestionnaire suscite chez les soignants l'image d'un encadrant bloqué dans son bureau, vissé à son poste informatique et à ses

dossiers, déployant une activité essentiellement administrative, souvent décalée par rapport au concret de l'activité, et générant peu de vocations dans les équipes. Le risque est qu'à l'hôpital comme ailleurs [8,9] les collaborateurs n'aspirent pas à devenir manager à leur tour. Ce travail au chevet des machines de gestion crée une situation paradoxale dans laquelle jamais probablement autant d'information n'a été disponible et n'a circulé et, dans le même temps, jamais l'on a eu moins de temps pour évoquer le travail. L'hypertrophie de l'information semble chasser la communication.

■ **Le second front**, sur lequel le cadre de proximité concentre de nombreux moyens et du temps, l'éloigne lui aussi du concret de l'activité. Lorsqu'il quitte (enfin...) son bureau, le cadre est saisi par tout un ensemble de lieux d'échanges dans lesquels sa présence est requise. La recherche montre que deux grands types de réunion d'échange doivent être distingués et qu'ils posent chacun des problèmes spécifiques. Tout d'abord, les réunions classiques d'information descendante se multiplient devant la nécessité pour les directions de mieux informer leur management face à l'ampleur et au rythme des changements afin qu'il puisse redonner du sens à l'action locale. Ce type d'action de communication n'est pas mauvais bien entendu mais il repose largement sur une conception erronée de la fabrique du sens dans l'entreprise. Il fait fond finalement sur une vision taylorienne de la construction du sens, séparant nettement ceux qui d'un côté sont en charge de définir et mettre en forme les représentations et ceux qui, de l'autre, se contenteraient de les consommer. Or, de nombreux travaux ont montré les limites de cette approche monologique et télégraphique de la communication [10] et son incapacité à rassembler le collectif derrière un sens réellement partagé. Le deuxième type d'espace de communication qui "embolise" l'agenda des cadres appartient à la vaste catégorie des "groupes projets" devant servir de support à l'innovation à l'hôpital. Il s'agit ici certainement d'un effet pervers du management participatif qui conduit à associer à tous les chantiers d'innovation de l'organisation des représentants du "terrain" que ces supposés représentants fréquentent d'ailleurs de moins en moins. À ce niveau, la communication est parfois abondante mais les sujets et les thèmes mis en débat, loin de trouver leur origine sur la scène du travail ou de se faire l'écho des difficultés, sont le plus souvent "temporalisés par" et "orientés vers" la direction et l'externe de l'entreprise. Tout se passe comme

si des directions qui affrontent elles aussi des contraintes de plus en plus fortes aux frontières de l'entreprise (plan de retour à l'équilibre, normes de sécurité et d'hygiène draconiennes, intégration désormais des principes du développement durable dans les pratiques professionnelles, prescription des tutelles et "certificateurs", etc.) mobilisaient l'ensemble de leur ligne hiérarchique pour produire des réponses à ces contraintes externes et les aider dans ce travail aux frontières de plus en plus complexe. Le portrait d'organisations et d'une ligne hiérarchique "extraverti" se dessine ici où innover consiste essentiellement à répondre aux sollicitations externes de tous ceux qui entendent proposer à l'hôpital une sorte de "prêt à gérer" indépendant de leur agenda et de leurs difficultés internes. Ce management extraverti laisse bien peu de moyens en soutien de la discussion sur le travail.

■ **Cette recherche montre finalement que la fragilisation des personnels dans les hôpitaux étudiés, loin de procéder d'une hyper-présence du manager (qui mettrait la pression et deviendrait parfois harcelant), résulte d'une absence de management.** En l'absence de management, compris ici au sens de présence du manager dans l'activité à des fins d'animation de l'action, les équipes sont laissées seules face à des contraintes perçues comme de plus en plus hétéronomes et jamais explicitées ni discutées. Cette situation ne manque pas de générer de la lassitude, voire de l'épuisement, mais aussi des conflits à l'intérieur des équipes quand il s'agit de discuter des solutions et d'arrêter des arbitrages sans la médiation de l'encadrant. Elle suscite aussi une crise de la reconnaissance du travail dans la mesure où plus personne n'est là pour connaître, avant de pouvoir les reconnaître, les efforts réalisés dans l'activité quotidienne. Elle génère enfin la déprime et la mise sous tension des encadrants, et particulièrement ceux de proximité, constamment confrontés aux sollicitations inquiètes de leurs équipes et aux difficultés croissantes d'y répondre. C'est donc le double constat d'un "manager empêché", happé par d'autres exigences que celles du travail et de son animation, et d'"une mise en discussion du travail menacée" qui apparaît au terme de cette étude comme un des facteurs explicatifs importants du malaise dans le travail à l'hôpital.

DES CADRES ENTRE RÉSISTANCE ET RÉSIGNATION

Face à ces empêchements, la recherche montre

Le management durable

que les stratégies mises en place par les cadres de première ligne peuvent être synthétisées en deux grands types.

■ **Une première stratégie consiste pour le cadre de proximité à assumer, malgré tout, l'ouverture et l'animation d'espaces de discussion sur le travail.** Dans ce cas, le collectif de travail peut se construire et restaurer, pour un temps, le sens de l'action collective. Toutefois une double question se pose alors. Tout d'abord, celle de la durabilité des processus dialogiques qui, sans soutien organisationnel, risque vite de s'esouffler. Ensuite, celle de la position et de la santé des managers de proximité qui, sans soutien organisationnel et handicapés par les mêmes empêchements, risquent le débordement et l'épuisement, lorsque ce n'est pas la sanction.

■ **La seconde stratégie mise à jour est celle de la résignation :** le manager de proximité se résout à cette prise de distance avec le travail et se contente d'un pilotage lointain de l'activité désormais vue à travers des indicateurs "objectifs" et qui ne sont pas discutés. Le vécu du cadre est alors souvent ambigu. D'un côté, la mise en retrait de la discussion sur le travail s'accompagne d'une certaine "douceur". Tout d'abord, un ensemble de problèmes quotidiens très concrets se résout (ou pas) sans eux et ils se protègent ainsi des tourments de l'activité. Ensuite, ils n'ont plus à affronter dans la discussion sur le travail ces controverses professionnelles dans lesquelles le manager met publiquement à l'épreuve sa connaissance du travail et joue toujours sa légitimité professionnelle. D'un autre côté, ces managers continuent de percevoir l'écho des difficultés du travail opérationnel ainsi que les demandes de soutien et d'écoute de leurs collaborateurs. Ils travaillent alors le plus souvent avec le sentiment de ne pas pouvoir donner aux équipes tout le soutien managérial dont elles auraient besoin.

SOIGNER LE MANAGEMENT

■ **Face à ces constats, sortir de cette crise du travail suppose d'aller au-delà des solutions classiques :** meilleure formation des cadres de proximité, raffinement des méthodes de repérage et de recrutement, même si ces questions sont bien sûr importantes. L'enjeu consiste aussi pour une large part à "désempêcher" les managers et à redonner du temps, des moyens et de la valeur aux activités de conduite de la discussion sur le travail. Il s'agit de les soutenir et de les accompagner dans l'ouverture et l'animation

d'espaces de mise en discussion du travail réel.

■ **Les études réalisées ont montré que dans les collectifs qui fonctionnent bien, les temps d'échanges sont vraiment centrés sur le travail.** Ce ne sont pas des réunions de service visant à transmettre des informations ou à évoquer des projets stratégiques, mais des temps d'équipe orchestrant un dialogue sur le travail. Ce temps de mise en discussion doit être fréquent. Si la discussion est trop épisodique, elle ne permet pas d'aborder les difficultés quotidiennes du travail. La question de l'animation de la discussion est donc essentielle : ces collectifs de discussion doivent être animés en interne par les cadres de proximité, plutôt que par des experts en "pratiques professionnelles" extérieurs au service et au concret de l'activité. Aussi il est souvent important de travailler, à titre préalable, sur les fiches de poste et les périmètres managériaux des cadres. Ce premier travail vise à repérer dans cette fiche de poste les tâches connexes aux activités de management qui se sont tant accumulées qu'elles prennent parfois une place essentielle dans l'agenda du cadre. La question des périmètres managériaux est aussi décisive : une équipe trop grande ou bien répartie sur différents étages par exemple rend difficile le travail de coordination du cadre. L'objectif de cette première phase est bien de recentrer leur activité sur la régulation du travail de soin.

■ **Un deuxième enjeu consiste à accompagner les cadres dans une plus grande proximité du travail et dans sa mise en discussion au sein de l'équipe.** Cet enjeu interroge directement le rôle de l'encadrement supérieur et des directions de pôle dans leur capacité à définir et à équiper les espaces de la discussion sur le travail et à soutenir leurs cadres de proximité dans leur animation. Or, les directions de pôle sont finalement très peu émettrices de solutions ou de dispositifs de coordination à destination de leurs équipes. Un certain nombre de questions tout à fait centrales pour la coordination ne sont parfois pas traitées par l'encadrement supérieur ou la direction de pôle : quels types de réunion sont attendus dans les services ? À quelle fréquence ? Avec quels professionnels ? Les médecins sont-ils associés à ces espaces de discussion et comment ? Quelles sont les marges de manœuvre données à ces espaces de discussion locaux ? Le collectif des cadres a-t-il pour lui un temps régulier de travail sur ses pratiques ? Qui "récupère" le produit de ce qui se discute dans l'ensemble de ces espaces ? Comment ces espaces locaux sont-ils connectés

RÉFÉRENCES

- [1] Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: Presses de l'EHEC; 2008.
- [2] Ghadi V. Intégrer la qualité de vie au travail dans le processus de certification. Bulletin du fonds national de prévention, octobre 2012.
- [3] Detchessahar M, Devigne M, Stimec A. Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management. Finance, Contrôle, Stratégie 2010;4(13):39-74.
- [4] Detchessahar M. Santé au travail : quand le management n'est pas le problème... mais la solution. Revue française de gestion 2011;214:89-105.
- [5] Detchessahar M et al. Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail. Rapport de recherche pour l'Agence nationale de la recherche, 2009.
- [6] Brami et al 2012.
- [7] Girin J. Les machines de Gestion. In: Berry M. (dir). Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes, rapport pour le ministère de la Recherche et de la Technologie, 1983.
- [8] O'Donnell A, Vesin P, Perrier P. Manager de proximité ? Non merci ! Étude Entreprise et Personnel 2011; 297.
- [9] Bosse N. Devenir cadre, une perspective pas toujours attrayante. Les Brefs du CEREQ, n°298-2; 2012.
- [10] Giordano Y, Giroux N. Les deux conceptions de la communication du changement. Revue française de gestion 1998; 120:139-51.



© Fotolia.com

avec des espaces de discussion d'un niveau supérieur impliquant cadres supérieurs, direction de soin ou direction de pôle ?

■ Enfin, il est bien certain que quelques-unes des conditions de discussion tiennent également au type de gestion des ressources humaines mis en place à l'endroit des cadres.

Dans cette perspective, trois dimensions doivent être particulièrement travaillées. La première est sans doute celle des marges de manœuvre de l'encadrant de proximité. Si la discussion permet la mise en visibilité du travail réel et de ses difficultés, le cadre doit disposer à son niveau d'une partie au moins des moyens de réponse à ces difficultés, sans quoi la discussion apparaîtra comme stérile et sans intérêt pour ses participants. Le risque est alors celui de l'essoufflement rapide des dynamiques communicationnelles autour du travail. La seconde dimension touche à la question de la stabilité du cadre dans son poste. La mise en discussion du travail suppose de bâtir dans les équipes un certain niveau de confiance qui permettra de dire les problèmes et de s'engager sur des solutions. La construction de cette confiance suppose d'inscrire l'action managériale dans le temps et de stabiliser les cadres d'unité. En troisième lieu, il faut rappeler que la question des compétences des encadrants est également clef :

compétences managériales, bien entendu, mais aussi, – et il faut insister sur ce point –, des compétences liées à l'activité spécifique de l'unité dirigée nécessaires au cadre pour ouvrir la discussion avec l'équipe sans perdre pied et pouvoir accorder du prix et de l'intérêt à ce qui se discute dans ces espaces. Il semble que ces trois conditions de GRH (marges de manœuvre, stabilité, compétences dans le métier encadré), préalables importants à la discussion sur le travail, sont parfois mal-établies, sans doute particulièrement dans le cadre des grandes structures hospitalières.

CONCLUSION

Ces recherches montrent finalement à quel point mettre (ou remettre) le cadre au cœur de l'opérationnel est un enjeu fort en matière de qualité de vie au travail et, sans doute plus largement, de performance des équipes. Cette activité de mise en discussion locale du travail est très exigeante et les cadres ne l'assumeront qu'à condition que l'encadrement supérieur et les directions de pôle ou d'établissement les accompagnent. Ce dernier

point suppose probablement qu'à un chantier de modernisation essentielle gestionnaire succède une modernisation managériale de l'hôpital. Si l'on veut implanter durablement la vague récente d'innovations de

Mettre (ou remettre) le cadre au cœur de l'opérationnel est un enjeu fort en matière de qualité de vie au travail

gestion dont l'objectif louable était la rationalisation et l'optimisation des moyens, sans doute faut-il désormais être tout aussi innovant sur le terrain du management, celui des méthodes d'animation et de gouvernement des hommes. ■

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Mathieu Detchessahar, docteur en Gestion, professeur des universités, Institut d'économie et de management de Nantes - IAE (Université de Nantes), Chemin la Censive du Tertre BP 62232 44322 Nantes Cedex 3 France, Mathieu.Detchessahar@univ-nantes.fr