

Sujet corrigé 3

Concours IFCS Aix-en-Provence, 2017
Épreuve d'admissibilité



20 points




Durée : 4 heures

L'ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ
Sujet corrigé 3

1 Le sujet

Sujet

Dossier

 **Document** : « Demain, des soignants heureux ? » de Nathalie Picard, *Le Monde, Cahier Science & Médecine*, 18 janvier 2017.

Question

Dégagez les idées principales et commentez-les en référence à votre culture, expérience professionnelle et aux activités à développer pour un cadre de santé.



Document

DEMAIN, DES SOIGNANTS HEUREUX ?

À l'hôpital, dans un contexte de fortes restrictions budgétaires et de réorganisations, des initiatives encouragent le dialogue interprofessionnel et le management participatif. L'objectif : améliorer la qualité de vie au travail du personnel de santé et la prise en charge des patients.

Mardi, 9 heures. Au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours, une vingtaine de blouses blanches se rassemblent dans une salle de réunion du service d'hématologie et de thérapie cellulaire, spécialisé dans les maladies du sang. Si le staff hebdomadaire n'a pas encore débuté, les discussions vont déjà bon train entre aides-soignantes, médecins, internes, infirmières et art-thérapeute. Les professionnels s'apprentent à faire le point sur les personnes hospitalisées. Le but ? Les accompagner dans leur globalité, en croisant les regards des différentes professions sur l'évolution de la maladie et du traitement, mais aussi l'état psychologique, les situations familiales et financières ou les besoins en soins de support (art-thérapie, hypnose...).

Lorsque le professeur Emmanuel Gyan, chef de service, lance la réunion, il donne d'abord la parole aux aides-soignantes. Chacune présente les patients de son secteur. « C'est à nous

...

qu'ils se livrent le plus. Il n'est pas rare qu'ils nous confient leurs angoisses, leur colère ou même une envie de mourir », rapportent-elles. Une précieuse parole complétée par celle des infirmières puis des médecins, qui fournissent des informations sur l'avancée des examens ou la prise en charge médicale. « Nous nous interrogeons sur la stratégie à adopter, explique le chef de service au sujet d'un malade qui vient de faire une rechute avec un mauvais pronostic. Faut-il poursuivre un traitement curatif qui risque, vu sa toxicité, de contraindre le patient à rester à l'hôpital, ou passer à des soins palliatifs afin qu'il vive le mieux et le plus longtemps possible à domicile ? »

« Donner du sens au travail »

À 10 heures, chacun retourne à ses occupations, à l'exception des internes et des infirmières : eux poursuivent la discussion sur les traitements à administrer aux patients. « Nous pourrions informatiser les prescriptions et remettre à l'infirmière une liste de tâches à exécuter. En quelque sorte, brancher un câble USB sur le dos de l'infirmière, ironise Emmanuel Gyan. Mais un tel système nous déshumaniserait. Les bénéfices de ces échanges sont multiples. Pour les professionnels, ils donnent du sens au travail, réduisent le stress, renforcent l'équipe et désamorcent les conflits. Si l'on va au bout de cette démarche, le patient se sent mieux accompagné ». Dans ce service où 15 % des malades sont proches de la mort, travailler en équipe est une évidence. Et, malgré les difficultés, la bonne humeur règne à la pause-café. « Ici, la place des aides-soignantes est très importante, souligne Marie, l'une d'entre elles. Nous nous sentons écoutées et respectées ». Ce n'est pas le cas partout : « Ailleurs, on peut vous appeler d'un claquement de doigts, dénonce Stéphanie, agente de service hospitalier. Sans la moindre considération pour vous ni pour votre travail ».

Cette manière particulière de diriger un service, Emmanuel Gyan l'a apprise aux côtés de Philippe Colombat, chef du pôle cancérologie-urologie du CHRU de Tours. Dès les années 1990, le professeur Colombat élaborait et expérimentait un nouveau modèle de management : la démarche participative.

Hôpital : remettre l'humain au cœur des organisations

Une réponse à la déshumanisation des soins, qu'il constata en 1989 lorsqu'il devint chef de service : « C'était la course aux nouvelles technologies. La prise en charge reposait sur la seule technique, au détriment de l'empathie envers le patient. Quant au personnel soignant, épuisé, il ne pouvait être à l'écoute des malades ». Une situation toujours d'actualité, comme le pointe un récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur les risques psychosociaux à l'hôpital, et le soulignent les épisodes de crise récurrents, comme ceux engendrés par l'actuelle épidémie de grippe.

Précurseur, le médecin entreprit de remettre le patient au cœur du soin, tout en prenant en compte les difficultés du personnel. La démarche participative repose sur deux piliers. Le premier consiste à créer différents espaces d'échange au sein des équipes : des staffs où toutes les professions se réunissent pour échanger sur les patients, des formations internes et des réunions ponctuelles de soutien aux équipes lors de situations de crise. Avec un mot d'ordre, la pluri-professionnalité : « L'aide-soignante est celle qui en sait le plus sur le patient. Comment assurer une prise en charge personnalisée sans croiser son regard avec celui de l'infirmière et celui du médecin ? » interroge le professeur.

Le second pilier, c'est la démarche projet, qu'il présente comme une « liberté d'inventer, donnée aux équipes pour améliorer une situation ». Un outil utilisé récemment par le service d'hématologie et de thérapie cellulaire pour répondre à l'insatisfaction des patients vis-à-vis de leur nourriture. Aides-soignantes, infirmières, aide-hôtesse et diététicienne se sont réunies pour trouver des solutions. Plusieurs pistes ont été explorées. D'abord, les assiettes

...

en porcelaine ont remplacé les barquettes en plastique. Dans un second temps, les soignants ont développé le concept d'alimentation plaisir : grâce à l'achat de surgelés à haute qualité gustative, les patients en soins palliatifs ont pu bénéficier de plats spécifiques. Depuis, ces propositions de terrain ont été pérennisées.

« Redonner aux soignants le pouvoir d'agir leur apporte reconnaissance et responsabilisation », souligne Philippe Colombat. En 2008, la démarche participative est devenue obligatoire dans les services comportant des soins palliatifs. En revanche, elle s'est peu développée ailleurs. « Pourtant, elle pourrait s'appliquer à toutes les spécialités prenant en charge des maladies chroniques complexes, là où les regards croisés sont indispensables à l'accompagnement du patient », plaide le professeur. Mais ce modèle de management de proximité ne peut se mettre en place qu'à l'échelle du service, sous l'impulsion du chef et du cadre. Et, d'après Philippe Colombat, les résistances sont fortes : « Elles viennent surtout des managers, qui ont une certaine image du pouvoir. La plupart appliquent un mode de management directif, majoritaire à l'hôpital ».

Faire plus avec moins

En effet, à deux pas du pôle cancérologie-urologie, la réalité semble tout autre. Dans certains services du CHRU de Tours, depuis quelques mois, grèves et manifestations marquent le mécontentement du personnel. En cause, d'après leurs représentants : un management malmenant, l'absence de dialogue et, surtout, le manque de personnel. « Un jour, j'ai mis vingt minutes pour répondre à la sonnette d'une patiente. Mes collègues et moi étions débordées. Vingt minutes seule dans sa chambre, c'est long, s'émeut une infirmière du service de gynécologie. Une autre fois, j'étais avec une patiente qui venait juste d'apprendre que son pronostic vital était sérieusement engagé : elle avait besoin de parler, mais je n'avais pas le temps. Je me suis excusée et je suis partie. De telles situations ne devraient pas exister. J'adore mon métier, mais je ne supporte plus les conditions dans lesquelles je l'exerce ». Le manque de temps auprès des malades et un rythme de travail insoutenable, c'est aussi ce que dénonçaient infirmiers et aides-soignants lors de la manifestation nationale du 8 novembre 2016. Une mobilisation qui faisait suite aux suicides de cinq infirmiers l'été précédent, liés d'après leurs proches à leur travail.

Il faut dire que le mal-être des soignants au travail est prégnant, particulièrement chez les infirmiers : 72 % d'entre eux se sentent exploités, d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Pourtant, les effectifs hospitaliers et les dépenses de santé continuent leur progression. En 2016, l'État augmentait de 1,3 milliard d'euros les moyens accordés aux établissements de santé. Mais, cette hausse ne suffisait pas à financer la croissance de l'activité, elle s'est accompagnée d'une baisse de 1 % des tarifs des soins remboursés par l'Assurance-maladie aux hôpitaux. Il faut donc faire plus avec moins de moyens, et ce n'est pas nouveau : entre 2005 et 2009, la Drees constatait déjà une hausse de 11 % de l'activité des établissements publics dotés d'une capacité d'hospitalisation en court séjour, alors que les effectifs n'augmentaient que de 4 %.

« Difficile de savoir si c'est le signe d'une meilleure organisation ou d'une intensification du travail du personnel », analyse Frédéric Moatty, sociologue au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET). En tout cas, l'enquête qu'il mène auprès de médecins et de soignants fait ressortir une profonde insatisfaction : « Ils expriment un grand malaise, un sentiment de travail sous pression », insiste le sociologue. Malaise illustré par Marie-Laure Cagnard, aide-soignante au CHRU de Tours et déléguée syndicale (SUD) : « Cela fait trente-deux ans que je travaille à l'hôpital et je n'ai jamais connu des conditions si déplorables. La rotation des patients s'est accélérée. Lorsque je dois enchaîner les désinfections, je n'ai plus le temps de voir les malades. Je ne m'y retrouve plus. Pour la première fois de ma carrière, j'ai envie de partir ».

...

Globalement, la Drees note pourtant une amélioration des conditions de travail entre 2003 et 2013 dans les établissements de santé. En témoigne le recul de 68 % à 64 % du nombre de salariés déclarant devoir toujours ou souvent se dépêcher. Même si ce pourcentage reste élevé, serait-ce le signe d'une embellie ? Frédéric Moatty se garde de toute conclusion hâtive : « Déjà, les indicateurs de cette enquête ne tiennent pas compte des évolutions spécifiques à l'hôpital, comme la rotation des patients ou la dégradation de leur état de santé. Deuxième chose : la difficulté des conditions de travail ne date pas d'aujourd'hui. L'année 2003 correspondait déjà à une période délicate marquée par le passage aux 35 heures ».

Expériences de terrain

En réponse aux récentes mobilisations, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a lancé en décembre dernier une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Apportera-t-elle des solutions ? « Aucune stratégie ne règlera les problèmes tant qu'il n'y aura pas de moyens humains supplémentaires », martèle François Baudry, délégué SUD, à l'image de plusieurs organisations professionnelles qui ont froidement reçu cette annonce. Cette stratégie de long terme vise à faire de la qualité de vie au travail une nouvelle priorité politique : développement de la médecine du travail, détection et prise en charge des risques psychosociaux, amélioration des conditions de travail, formation des managers... L'un des dix engagements présentés consiste à « redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes ». Illusoire ? « Pas du tout, répond Olivier Liaroutzos, responsable des expérimentations à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). Bien sûr, la question des effectifs reste incontournable, mais les professionnels détiennent des ressources dormantes et inexploitées, qui ne demandent qu'à être valorisées ».

Depuis mars 2016, 79 établissements de santé participent à un programme lancé par l'Anact, le ministère de la Santé et la Haute Autorité de santé : il s'agit de « clusters sociaux », animés par les agences régionales de santé (ARS) et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract). L'objectif : expérimenter sur le terrain des démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail dans un champ particulier, comme la performance des blocs opératoires ou les espaces de discussion. En Normandie, un cluster de six établissements a travaillé sur le développement de la chirurgie en ambulatoire. Parmi les constats posés par le collectif : l'augmentation du taux de rotation des patients entraîne des difficultés d'organisation et un surcroît de travail pour les soignants, qui s'éloignent des patients. Face à ces difficultés, deux établissements ont décidé d'expérimenter une nouvelle fonction, qui consiste à coordonner l'accueil, les soins et la sortie des patients. L'objectif est double : éviter les interruptions de tâches et permettre aux soignants de se consacrer aux malades.

« Ces clusters reposent sur la création d'espaces de discussion au sein des équipes. Le personnel retrouve ainsi le pouvoir de s'exprimer et d'agir sur son travail », remarque Assia Milan, chargée de mission à l'Aract Normandie. À condition de certains principes listés par Olivier Liaroutzos : « Le premier, c'est le dialogue interprofessionnel : tous les métiers doivent se parler. Ensuite, ces temps d'échange doivent s'inscrire dans les circuits traditionnels de concertation et de décision. Grâce à une démarche participative claire et honnête, le personnel peut constater la prise en compte de sa contribution ». Instaurer de tels espaces est aussi au cœur du Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) de la Haute Autorité de santé : une expérimentation nationale menée auprès de 70 équipes, qui met l'accent sur le travail en équipe pour sécuriser la prise en charge du patient.

« Le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins est scientifiquement prouvé. Le travail en équipe, le management de proximité ou les espaces de discussion sont des

...

ressources qui placent l'activité dans un cercle vertueux, rapporte Véronique Ghadi, chef de projet à la Haute Autorité de santé. C'est un changement de paradigme : on sort d'une vision descendante du management, pour redonner aux personnels soignants, sur le terrain, le pouvoir d'agir sur le contenu de leur activité. Ils sont experts de leur propre travail ». À l'heure où les tensions se cristallisent autour des groupements hospitaliers de territoire, nouveau mode de coopération entre établissements de santé publics issu de la loi de santé 2016, ces expériences ouvrent le champ des possibles pour remettre l'humain au cœur des réorganisations.

Nathalie Picard

L'ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ
Sujet corrigé 3

2 Le corrigé

LA SYNTHÈSE

» Questionnez le texte

L'auteur : cet article « Demain, des soignants heureux », écrit par Nathalie Picard, a été publié dans *Le Monde*, Science et Médecine, Cahier du « Monde », du 18 janvier 2017. Repérez que l'auteur est une journaliste et que ce texte qui s'appuie sur de nombreux exemples, n'a pas de valeur scientifique.

Le contexte d'écriture de l'article : cet article est récent, publié en 2017. Ce thème s'inscrit dans une préoccupation liée à la question de la qualité de vie au travail, priorité politique affichée en décembre 2016 par la ministre de la santé, Marisol Touraine.

Le titre : le titre « Demain, des soignants heureux ? » est polémique et pose la question du bien-être des soignants.

Identifiez la nature du document : cet article est de nature journalistique. Le propos est analytique et critique.

» Analysez le document

1^{re} étape : analyse du document

- Dégagez les idées essentielles de chaque paragraphe du texte.
- Délimitez les grandes parties de chacun d'eux, pour mieux maîtriser la progression argumentative adoptée par l'auteur.
- Distinguez les idées secondaires ainsi que les liens logiques, afin de ne pas donner l'impression de juxtaposer des notations sans les enchaîner.

2^e étape : mise en relation des idées

- Soulignez les idées récurrentes.

- Dégagez le problème traité par l'article et ne retenir que les éléments à mettre en perspective dans le cadre de cette problématique.
- Mobilisez ses connaissances juridiques, institutionnelles et professionnelles en rapport avec le sujet.
- Les liens thématiques que le commentaire doit exploiter sont :
 - le contexte organisationnel des établissements de santé (réformes, contraintes...) ;
 - les conséquences du mal être au travail ;
 - les moyens de prévenir ;
 - le mode de management que doit mettre en œuvre le cadre de santé afin de garantir la qualité de vie au travail du personnel de santé ;
 - les méthodes qui permettent d'humaniser les soins et les pratiques.

» Relevez les idées principales

- L'auteur évoque les restrictions budgétaires et les réorganisations (groupements hospitaliers de territoire) : l'enjeu est de remettre l'humain au cœur des organisations par le dialogue interprofessionnel et le management participatif ; cette démarche doit permettre d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel et la prise en charge des patients.
- La concertation en réunion permet de croiser les regards des différentes professions sur l'évolution et les besoins d'un patient : l'intérêt de ces échanges permet de donner du sens au travail, de réduire le stress, de renforcer la cohésion de l'équipe, de désamorcer les conflits et de mieux accompagner le patient.
- Dans les années 1990, on constate une déshumanisation des soins due à l'émergence des nouvelles technologies induisant un épuisement des professionnels ; des études montrent la présence des risques psychosociaux à l'hôpital.
- La démarche participative (obligatoire depuis 2008 dans les services de soins palliatifs) permet de remettre de l'humain au cœur des organisations tout en prenant en compte les difficultés du personnel ; elle repose sur deux piliers : créer différents espaces d'échange au sein des équipes, des formations internes et des réunions de soutien aux équipes lors des situations de crise et instaurer la démarche de projet qui permet de trouver des solutions à des problèmes et donne ainsi aux soignants le pouvoir d'agir, ce qui leur apporte reconnaissance et responsabilisation ; cette démarche ne peut se mettre en place que sous l'impulsion du cadre mais il existe de fortes résistances car beaucoup adoptent encore un management directif.
- On constate un mal-être des soignants au travail, particulièrement chez les infirmiers, dû à une logique d'efficacité et à une certaine dégradation des conditions de travail.
- En décembre 2017, la ministre de la Santé a lancé une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail basée sur le développement de la médecine du travail, la détection de la prise en charge des risques psychosociaux,

l'amélioration des conditions de travail, la formation des managers... ; si certains sont sceptiques et dénoncent une démarche manipulatoire, d'autres y voient une démarche positive, à condition de permettre le dialogue interprofessionnel, d'inscrire ces temps d'échange dans les circuits traditionnels de concertation et de décision ; il faut aussi que le personnel constate la prise en compte de sa contribution.

- Des expérimentations se font depuis 2016, à l'initiative de l'Anact ou de la Haute Autorité de santé dans le cadre de son « Programme d'amélioration continue du travail en équipe » pour sortir d'une logique descendante du management.
- De nombreux exemples sont donnés afin d'illustrer les propos.

✎ Proposition de corrigé

À l'hôpital, dans un contexte de restrictions budgétaires et de réorganisations comme les groupements hospitaliers de territoire, l'enjeu est de remettre l'humain au cœur des organisations par le dialogue interprofessionnel et le management participatif. Cette démarche expérimentée par un certain nombre d'établissements doit permettre d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel et la prise en charge des patients.

La déshumanisation des soins due à l'émergence des nouvelles technologies, induisant un épuisement des professionnels, est constatée depuis les années 1990 amenant à des tensions. Le mal-être des soignants au travail particulièrement chez les infirmiers est surtout dû à une logique d'efficacité et à une certaine dégradation des conditions de travail aggravée par le passage aux 35 heures.

C'est pourquoi, en décembre 2017, la ministre de la Santé a lancé une « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail » basée sur le développement de la médecine du travail, la détection la prise en charge des risques psychosociaux, l'amélioration des conditions de travail, la formation des managers... ; si certains sont sceptiques, d'autres y voient une démarche positive, à condition de permettre le dialogue interprofessionnel, d'inscrire ces temps d'échange dans les circuits traditionnels de concertation et de décision et que le personnel constate la prise en compte de sa contribution.

La démarche participative (obligatoire depuis 2008 dans les services de soins palliatifs), perçue comme un moyen d'améliorer la qualité de la vie au travail, repose sur deux piliers : créer différents espaces d'échange au sein des équipes, des formations internes et des réunions de soutien aux équipes lors des situations de crise et instaurer la démarche de projet qui permet de trouver des solutions à des problèmes et donne ainsi aux soignants le pouvoir d'agir. Cette démarche apporte ainsi reconnaissance et responsabilisation et ne peut se mettre en place que sous l'impulsion du cadre. Cependant, il existe de fortes résistances car beaucoup adoptent encore un management directif à l'hôpital.

Des expérimentations dans le sens d'un management participatif se font depuis 2016, à l'initiative de l'Anact ou de la Haute Autorité de santé dans le cadre de son Programme d'amélioration continue du travail en équipe afin de sortir d'une logique descendante du management. La concertation en réunion permet en effet de croiser les regards

des différentes professions sur l'évolution et les besoins d'un patient : l'intérêt de ces échanges permet de donner du sens au travail, de réduire le stress, de renforcer la cohésion de l'équipe, de désamorcer les conflits et de mieux accompagner le patient.

LE COMMENTAIRE

» Proposition de corrigé

[*Introduction*] Dans cet article, « Demain, des soignants heureux ? », écrit par Nathalie Picard, publié dans *Le Monde*, Science et Médecine, Cahier du « Monde », du 18 janvier 2017, la journaliste aborde la question du mode de management efficace pour améliorer la qualité de vie au travail du personnel de santé et la prise en charge des patients dans un contexte où les exigences de rentabilité poussent à l'accélération et à la standardisation de l'activité au détriment des espaces de réflexion, de la valorisation de l'expérience et de la marge de manœuvre du salarié. Celui-ci d'ailleurs s'interroge sur le sens donné à son activité. Tout l'enjeu réside alors dans le mode de management mis en place par le cadre de santé.

[*Problématique*] Dans un contexte soumis à de multiples changements et contraintes, comment le cadre de santé peut-il être garant d'espaces de réflexion au sein des services ? La démocratie du travail dans l'entreprise et, en particulier, à l'hôpital est un enjeu majeur aujourd'hui.

[*Annonce du plan*] Après avoir abordé le contexte professionnel dans l'univers de la santé, nous interrogerons la manière dont le cadre de santé peut instaurer des espaces de dialogue en vue d'une plus grande démocratie dans les services.

I. Une évolution où individualisation prime

a. L'univers de la santé dans une logique de rationalisation

L'auteur présente l'exemple de l'hôpital afin d'illustrer la question de l'humain au cœur des organisations. En effet, la pression économique et la nécessaire rationalisation des dépenses de santé pour atteindre l'efficacité peuvent nuire aux institutions. Pour l'auteur, elle dévalorise l'expérience des salariés et déstructure le collectif. Cela entraîne une fragilisation du rapport au travail et des formes d'individualisation dont les effets sur le salarié sont néfastes car ils provoquent stress, désarroi et désengagement. Nous pouvons constater cet état de fait dans l'univers de la santé. [*donnez des exemples : burn-out, démissions, absentéisme...*]. L'univers de l'hôpital se caractérise souvent par une faiblesse de la coordination dans un système complexe. La plupart des problèmes proviennent de l'organisation interne, notamment du manque de coordination entre les services, entre les hôpitaux. Ils sont aussi liés à des logiques professionnelles soignante et administrative contradictoires. Par exemple, la logique administrative, qui est forte dans l'univers hospitalier, est de plus en plus éloignée du patient, au risque de créer une chape qui peut handicaper la performance des équipes, du fait du temps nécessaire à la mise en œuvre des procédures, et finir même par se retourner contre la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient. Trop de rigidité dans les procédures tend

à installer un système de routines et, surtout, à brider l'autonomie des personnels, pourtant nécessaire à la gestion des situations. La logique soignante nécessite du temps au service du patient et le respect de valeurs comme l'équité, l'empathie ou l'accompagnement. Cela crée ainsi du mécontentement et de la perte de sens au travail.

b. Des espaces de réflexion

C'est pourquoi, pour l'auteur, la reconquête d'espaces de discussion, l'intervention des salariés dans les processus de décision pourraient répondre à cette situation. Mais les obstacles sont nombreux. D'une part, la hiérarchie a avant tout le souci de la rationalisation et du poids des contraintes. D'autre part, l'individualisation du rapport au travail entraîne chez les salariés des difficultés à coopérer et cela ne permet pas de prendre en compte les questions du travail. Il n'existe pas d'espace pour évoquer les enjeux et les dilemmes des situations rencontrées. Or l'expérience nécessite un temps d'élaboration, de confrontation collective par des groupes homogènes et de même niveau hiérarchique [*Donnez des exemples*].

[*Transition*] Le cadre de santé a aussi toute sa place et sa légitimité dans la mise en œuvre de ces espaces de dialogue. Il doit être en capacité de créer du collectif afin que les salariés créent des zones d'accord communs et adhèrent aux projets. Cela passe par un mode de management participatif et respectueux de tous.

II. Le cadre de santé, manager

a. Favoriser l'expression des salariés

L'expression des salariés est un sujet de préoccupation depuis plusieurs décennies. Les lois Auroux (1982) proposent un cadre juridique à l'expression des salariés depuis plus de 30 ans. L'accord interprofessionnel sur le stress (juillet 2008) préconise de « donner à tous les acteurs de l'entreprise des possibilités d'échanger à propos de leur travail ». Le rapport Lachmann (février 2010) fixe l'objectif de « restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail ». Les recommandations exprimées par l'ANACT (mars 2010) sur la prévention des RPS (risques psychosociaux) demandent aux entreprises de rechercher « des espaces permettant l'expression des salariés sur leur propre travail ». Plus récemment (mai 2013), le CESE (Conseil Économique Social et Environnemental) a rendu un avis positif sur le rapport présenté par Sylvie Brunet, qui préconise « de réactiver le droit d'expression des salariés afin qu'il s'exerce prioritairement sur l'évaluation des risques professionnels, notamment des risques psychosociaux, et la mise en œuvre d'actions destinées à réduire ces risques et à améliorer les conditions de travail dans l'entreprise ». L'expression directe des salariés au travail : le sujet revient donc en force dans l'univers hospitalier en réponse à un malaise et des difficultés de gestion des ressources humaines. Certains soignants ne voient plus de sens à leurs pratiques, déplorent le manque de temps au chevet du malade du fait de normes trop rigoureuses et de logiques gestionnaires. Le dialogue s'impose donc comme une voie de progrès face à la dégradation des conditions de travail et au mal-être qui s'étend dans les organisations hospitalières. C'est aussi un levier d'efficacité pour le cadre et un axe fort de la négociation interprofessionnelle en cours sur la qualité de vie au travail.

b. La posture du cadre

Le cadre doit avoir confiance en lui et être prêt au dialogue car il peut faire face à des risques majeurs. Le premier est le risque de déconsidération : le cadre peut légitimement craindre que l'expression se transforme facilement en « récriminations » dirigées contre lui (ceux qui exercent directement l'autorité) ou soulève des motifs d'insatisfaction mettant en question la ligne hiérarchique et ne les place en porte-à-faux vis-à-vis de son propre supérieur hiérarchique. Le second risque est la surcharge : il peut tout aussi légitimement craindre que les dirigeants donnent satisfaction aux demandes qui seront adressées – ou au contraire, les ignorent – et que la charge des ajustements retombe sur ses épaules. Enfin, le risque de déstabilisation est réel : l'expression des salariés fait entrer en turbulence les circuits traditionnels de l'information et du pouvoir à l'hôpital. Par conséquent, elle fragilise en premier ceux qui en font partie.

C'est la raison pour laquelle le cadre de proximité doit être partie prenante non seulement de la démarche mais de toute la démarche : de sa définition jusqu'à son évaluation. Il doit également y participer directement, notamment en prenant en charge l'animation de certains des groupes d'échange [*donnez des exemples*]. Bien sûr, un des facteurs clés de succès pour laisser libre cours à l'expression est de la placer toujours hors de portée de l'autorité hiérarchique : il faudra donc veiller avec soin à ce qu'il ne se trouve pas animer un groupe comprenant des participants placés sous sa responsabilité lorsque le sujet est trop conflictuel ou polémique. À l'inverse, on peut prévoir un temps de restitution par le groupe vis-à-vis du cadre.

De même, un second facteur-clé de succès est l'efficacité réflexive : les salariés acceptent de se livrer à la démarche d'expression s'ils estiment que le cadre saura non seulement recueillir leur parole, mais surtout la prendre en compte, c'est-à-dire en tirer des enseignements pour prendre des mesures allant dans le sens d'une amélioration des conditions de travail. C'est ici que les échanges entre les cadres intermédiaires, qui auront animé des groupes et auront participé à d'autres groupes, seront déterminants : ils continuent à faire ce travail de tri et de hiérarchisation avec les cadres, de remontée vers la hiérarchie, mais d'une façon plus transversale, plus riche.

Cet retour vers les salariés est essentiel, car il s'agit de leur démontrer que leur parole est utile, qu'il ne s'agit pas d'une démarche participative en trompe-l'œil : la déception et la frustration des salariés seraient ainsi facteurs de démobilisation là où les évolutions des métiers et organisations en appellent toujours davantage à la motivation des personnes [*donnez des exemples d'espace de parole et d'écoute*].

La posture du cadre en termes d'écoute, de prise en considération de la parole d'autrui, de capacité à créer des espaces de dialogue et de confiance, est essentielle.

Conclusion

Manager est un métier. Le cadre doit acquérir des compétences afin de savoir créer de la coopération, faciliter le travail en équipe, la communication interpersonnelle et de groupe. Il doit aussi savoir concevoir des espaces de réflexion et de dialogue réellement constructifs où chaque salarié a le sentiment d'être entendu et pris en considération. Mais il est aussi essentiel que le cadre puisse échanger avec ses pairs, confronter ses pratiques, trouver du soutien chez ses collègues. Son souci permanent doit, en effet, être une réelle démocratie du travail au sein de son service.