



Université François Rabelais - Tours  
UFR Art et Sciences Humaines  
Département des Sciences de l'Éducation

Année Universitaire 2013-2014

## La santé au travail chez les travailleurs de la santé :

*Quand la pratique réflexive rencontre  
la qualité de vie au travail  
des cadres de santé.*

Présenté par :  
**Marion MONNERIE**

Sous la direction de :

Fabienne KWOCZ  
Directrice de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Tours

En vue de l'obtention du  
Master Professionnel 2ème année – Arts, Lettres & Langues  
Mention – Langues, Éducation et Francophonie  
Spécialité – Sciences de l'éducation et de la Formation  
Mention Professionnelle Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes.

---

# REMERCIEMENTS

---

Nous tenons ici à remercier,

**L'ensemble des formateurs qui compose l'équipe pédagogique** du Master 2 Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes à l'Université de Tours, et plus spécifiquement notre directrice de mémoire pour avoir accepté de nous accompagner sur ce chemin réflexif en nous apportant connaissances et conseils dès que nous en ressentions le besoin.

**Les nombreux professionnels** qui nous ont généreusement accordé un peu de leur temps pour échanger sur notre thématique de recherche et enrichir notre réflexion, que ceux-ci soient issus du secteur de la santé ou de celui de la prévention des risques au travail. Dans ce cadre, nous tenons particulièrement à remercier le Professeur Colombat de nous avoir fait découvrir une conception du management que nous souhaitons pouvoir désormais développer au cours de notre future carrière.

**Nos collègues de formation** qui ont partagé avec nous nos doutes et nos difficultés... mais aussi nos quelques moments d'ingéniosité, et au contact desquels nous avons beaucoup appris ainsi que mûri.

**Notre tutrice de stage** pour la confiance dont elle nous a fait preuve en nous laissant mener un véritable projet d'ingénierie de formation, allant de l'analyse des besoins jusqu'à la conception d'un dispositif. Nous la remercions par ailleurs de nous avoir progressivement guidés vers le chemin de l'insertion professionnelle.

**Notre famille** qui nous a toujours soutenus et cela quels que soient nos choix, en faisant en sorte de nous placer dans les meilleures conditions d'apprentissages possibles afin que nous puissions atteindre nos objectifs. Merci à vous pour votre grande patience et votre immense compréhension. Votre soutien m'a été primordial tout au long de mon parcours d'études.

## CITATIONS

---

*« La vie évolue au gré d'une compréhension et d'une interprétation de [son] expérience, qui change constamment. Elle est un continuel processus de devenir. »*

(Rogers dans Courtois et Pineau, 1991, p.106)

*« La capacité d'apprendre par l'expérience revêt [alors] une importance capitale, dans une société qui met l'accent sur l'éducation permanence de ces membres. »*

(Escallada, 2003, p.4)

# SOMMAIRE

---

INTRODUCTION GENERALE .....	5
<u>PREAMBULE</u> – LORSQU’UN PROJET PROFESSIONNEL RENCONTRE UN TRAJET DE VIE PERSONNEL.....	8
PREMIERE PARTIE : EMERGENCE PROGRESSIVE D’UN OBJET DE RECHERCHE. ....	13
<u>CHAPITRE 1</u> – POUR UNE PRESENTATION CONTEXTUELLE DE LA SANTE AU TRAVAIL CHEZ LE CADRE DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER. ....	16
1. <i>Histoire et juridiction de la santé au travail en France.</i> .....	16
2. <i>Prenant place au regard d’un contexte spécifique : celui de la Fonction Publique Hospitalière.</i> .....	22
3. <i>Et le cadre de santé dans tout cela ?</i> .....	27
<u>CHAPITRE 2</u> – L’HOMME ET LE TRAVAIL : UNE RELATION COMPLEXE ENTRE SOUFFRANCE ET ACCOMPLISSEMENT DE SOI. ....	31
1. <i>Travail et facteur humain.</i> .....	31
2. <i>Mieux comprendre les risques psychosociaux pour une plus grande qualité de vie au travail.</i> .....	35
3. <i>Quelques données psychologiques à prendre en compte</i> .....	39
<u>CHAPITRE 3</u> – MANAGE, MANAGER, MAIS QU’EST-CE AU JUSTE QUE LE MANAGEMENT ? .....	44
1. <i>Une fonction professionnelle omniprésente.</i> .....	44
2. <i>Etude de différentes conceptions du management.</i> .....	49
<u>CHAPITRE 4</u> – EXPERIENCE FORMATRICE ET FORMATION EXPERIENTIELLE. ....	54
1. <i>Vers une définition du terme de formation.</i> .....	54
2. <i>Focus sur la formation expérientielle.</i> .....	59
CONCLUSION PREMIERE : PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES.....	67
DEUXIEME PARTIE : MISE EN PERSPECTIVE EMPIRIQUE DU QUESTIONNEMENT METHODOLOGIQUE A LA CONSTRUCTION DE L’ENQUETE DE TERRAIN. ....	72
<u>CHAPITRE 5</u> – UN TEMPS DE DECOUVERTE GUIDEE PAR PLUSIEURS INTENTIONS.....	74
1. <i>Une aspiration à aller à la rencontre de l’expérience des professionnels.</i> .....	75
2. <i>Une volonté d’éprouver notre réflexion.</i> .....	80
<u>CHAPITRE 6</u> – DE L’EXPLORATION A LA CONSTRUCTION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE. ....	88
1. <i>Du choix de la population et du terrain d’étude.</i> .....	88
2. <i>L’instrument de recueil privilégié : l’entretien semi-directif.</i> .....	93

3. Modalités de conduite des entretiens ainsi que de leurs analyses. ....	98
<b>CHAPITRE 7 – UN PREMIER TEMPS INSCRIT DANS UNE APPROCHE INDIVIDUELLE.....</b>	<b>103</b>
1. Mme. B* : cadre de santé fraîchement diplômée, d’une nature positive et enjouée. ....	103
2. Mme. D* : cadre de santé exerçant en tant que tel depuis plus de 5 ans et extrêmement investie dans son travail.....	107
3. Mme. E* : cadre de santé expérimentée, soumise à de nombreux conflits de valeurs. ....	111
<b>CHAPITRE 8 – UN SECOND TEMPS DE MISE EN COMPARAISON PUIS D’INTERPRETATION .....</b>	<b>116</b>
1. Lorsque plusieurs analyses individuelles deviennent une seule analyse transversale.....	116
2. Vers une interprétation des données. ....	123
CONCLUSION SECONDE: POUR ALLER PLUS LOIN. ....	132
TROISIEME PARTIE : UN REGARD TOURNE VERS L’AVENIR .....	137
<b>CHAPITRE 9 – POINTS DE VIGILANCE ET PERSPECTIVES D’ACTIONS POUR UN DISPOSITIF D’ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE AUX CADRES DE SANTE. ....</b>	<b>139</b>
1. Axe 1 : Intégration des nouveaux arrivants. ....	141
2. Axe 2 : Mise en place de temps officiels d’expression professionnelle entre pairs au sein de l’organisation du travail.....	142
3. Axe 3 : Développement d’une offre de formation spécifique. ....	144
4. Axe 4 : Création de « passerelles mobilités » dans une perspective d’évolution professionnelle. ....	147
<b>CHAPITRE 10 – PERIODE DE TRANSITION ET EVOLUTION VERS UNE NOUVELLE POSTURE : DE L’ETUDIANT AU PROFESSIONNEL DE LA FORMATION. ....</b>	<b>148</b>
1. Un mémoire de recherche venant s’inscrire à la fin d’un parcours d’études initiales. ....	148
2. Une réflexion portée par un enjeu sous-jacent d’insertion professionnelle. ....	151
CONCLUSION GENERALE. ....	154
ANNEXES .....	155
GLOSSAIRE .....	312
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	313
TABLE DES FIGURES .....	321
TABLE DES MATIERES .....	322

## INTRODUCTION GENERALE

Cette recherche a pour volonté de prendre le contre-pied de la psychosociologie traditionnelle centrée sur les faiblesses, les troubles et les maladies de l'être humain, en adoptant au contraire un point de vue se voulant positif, sous l'angle du bien-être et de l'épanouissement personnel.

Elle vient ainsi s'inscrire dans le vaste champ thématique de la santé au travail en se centrant plus spécifiquement sur un milieu professionnel qui, paradoxalement, n'est peut-être pas celui vers lequel les regards se tournent en premier lieu lorsque l'on évoque le sujet. Il s'agit du secteur de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

En effet, pourquoi se préoccuper de la santé au travail des travailleurs de la santé, lorsque la mission première de ces derniers consiste justement à *prendre soin de personnes* dont l'état physique ou psychologique le nécessite, et cela jusqu'à ce qu'ils aillent mieux ? Dans ces conditions, il est par conséquent aisé de penser que la priorité ne repose pas sur le bien-être des soignants, mais sur celui des patients.

Pourtant cette réflexion semble aujourd'hui dépassée, notamment au regard d'études qui ont permis de mettre en avant l'existence d'un lien d'influence entre la qualité de vie au travail des soignants, et la qualité des soins portée aux patients. Aussi, face à un contexte économique difficile impliquant de nombreux changements qui, pour certains, viennent bouleverser le fonctionnement originel de la FPH, il nous semble légitime de se préoccuper de la santé-même des personnels de santé, en leur donnant une occasion de parler sur leur vécu.

Etant par ailleurs jusqu'alors peu expérimentés en la matière, notre regard extérieur nous a conduit à envisager le cadre de santé comme un professionnel qui, de par la (les) place(s) et le(s) rôle(s) qu'il occupe au sein de son établissement, se trouve particulièrement concerné par la problématique des risques psychosociaux. C'est pourquoi nous nous sommes orientés vers l'étude de ses conditions d'exercices au regard des nombreuses responsabilités qui lui incombent en tant que managé, mais aussi manager d'équipe.

Nous positionnant ainsi en tant que futurs acteurs de la formation des Adultes tout à fait sensibles à un rapport au savoir dans lequel la dimension *expérientielle* se présente comme une richesse d'apprentissage, l'objectif général de ce mémoire est ici de comprendre quelle(s) peuvent être le(s) difficulté(s) de ce métier, afin d'en relever d'éventuels leviers en termes de formation par *l'expérience*, pour une plus grande qualité de vie au travail de ces professionnels. Pour cela, nous souhaitons mettre en lumière les liens qui peuvent exister entre un métier pivot reposant pour une grande part sur le management d'une équipe, une réflexion portée dans et sur sa pratique, et l'état psychologique du cadre de santé.

Aussi, dans une volonté d'exposer la démarche qui a été la nôtre tout au long de cette recherche suivant une approche anthropologique de la formation, nous faisons le choix d'associer à cette introduction un préambule synthétisant le travail de relation que nous avons réalisé entre notre projet professionnel et notre trajet personnel. Cette mise en parallèle permet ainsi de rendre compte de l'émergence de nos questionnements de départ par l'ensemble de notre *expérience de vie*.

Puis, pour une compréhension la plus optimale possible, une première partie vise à exposer le contexte dans lequel s'inscrit la notion de santé au travail telle qu'elle a été pensée et mise en place en France, puis déclinée dans le secteur de la Fonction Publique Hospitalière. Nous optons ainsi pour une analyse historique et législative en la matière, avant de tendre vers un état des lieux socio-économique, et finir par nous centrer sur le métier de cadre de santé. Par la suite, notre étude se dirige vers la présentation de notre cadre théorique en abordant les différents concepts que nous avons identifiés comme étant les plus pertinents pour nous faire avancer dans notre réflexion. Il s'agit par conséquent de celui de travail, de management et de formation, qui plus est expérientielle. Chacun d'eux donne l'occasion d'approfondir de nombreux sous-concepts tels que la responsabilité, l'autonomie, la communication mais aussi la qualité de vie au travail, le changement ou encore la pratique réflexive. Cette démarche nous conduit ainsi à l'expression d'une problématique à laquelle nous y avançons plusieurs hypothèses de recherche.

Afin de statuer sur ces dernières, une deuxième partie porte ensuite sur une mise en perspective empirique visant à rendre compte du travail de terrain que nous avons réalisé. Pour cela, nous débutons par la présentation de notre étude exploratoire menée en trois temps. Un premier a ainsi visé à rencontrer un médecin et professeur universitaire dont les recherches tournent principalement autour d'un management qui favoriserait une plus grande qualité de

vie au travail. Par la suite, un second a reposé sur des échanges informels avec, d'une part, un formateur travaillant au sein d'un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), et d'autre part, trois actuelles étudiantes-cadres, afin de mieux comprendre dans quelles mesures certaines situations de travail peuvent être source de souffrance pour un professionnel de santé. Quant au troisième temps, il a consisté à nous entretenir avec un cadre de santé en activité, dans l'objectif de tester une première fois la validité de nos questions et d'y effectuer les éventuelles modifications nécessaires.

Nous abordons ensuite la méthodologie privilégiée, celle de l'entretien semi-directif, et les interviews que nous avons menés auprès de trois cadres exerçant au sein du même Centre Hospitalier, mais sous des pôles et des services différents. Puis, un dernier temps aspire à exposer nos analyses descriptives et comparatives, puis l'interprétation que nous en avons faite pour tenter de valider ou invalider nos hypothèses de recherche.

Enfin, une troisième partie vise à aller encore plus loin dans notre démarche, en envisageant les résultats de cette étude comme le point de départ d'un projet de recherche-action reposant sur un dispositif spécifique aux cadres de santé. C'est ainsi au travers la proposition de quatre axes différent que nous souhaitons participer non seulement à l'avancée des réflexions en matière de qualité de vie au travail chez ces professionnels, mais également à clore une transition majeure de notre vie : celle qui consiste à quitter la planète Ecole pour atterrir le plus sereinement possible sur la planète Travail. (Riverin-Siemard cité par Linquié, 2003).



## **PREAMBULE – LORSQU’UN PROJET PROFESSIONNEL RENCONTRE UN TRAJET DE VIE PERSONNEL.**

« L’expérience peut être dite, elle demande à être dite. La porter au langage, ce n’est pas la changer [...] mais en l’articulant et en la développant, la faire devenir elle-même. »

(Ricoeur cité par Denoyel dans Beziat, 2013, p.218)

La réalisation de ce mémoire prend place au sein de notre deuxième année en Master des Sciences de l’Education et de la Formation dispensé à l’Université de Tours. Il s’inscrit ainsi à la suite d’un M1 au cours duquel nous avons déjà eu l’opportunité de mener un travail de recherche qui, déjà, portait sur la dimension expérientielle de la formation, à savoir celle présente dans la Validation des Acquis de l’Expérience (VAE).

Pouvons-nous alors y voir ici un signe *rationnel* ou bien au contraire une inclinaison *naturelle* ? En tout état de cause, il est évident que nous avons développé depuis notre enfance un rapport au monde particulier, rapport au sein duquel les paramètres de *vécu* et d’*affect* constituent pour nous une véritable préoccupation. Cela semble pourtant plutôt paradoxale si l’on considère que, tout juste âgés de vingt-trois ans, et qui plus est encore en formation initiale, nous possédons probablement jusqu’à présent un nombre limité d’expériences au regard d’autres individus plus âgés que nous. S’ajoute également le fait que le système éducatif dans lequel nous avons pris place depuis notre enfance nous a habitués à une démarche de consommateur de connaissances, et non d’acteur-auteur-sujet de notre vie. En effet pendant longtemps, loin de nous a été l’idée que nous puissions nous-mêmes être un jour producteurs d’un quelconque savoir.

Il nous semble aujourd’hui tellement évident de dire ces choses-là... Pourtant la situation était plus délicate au début de ce travail de recherche. D’ailleurs, nous devons reconnaître que certains éléments restent encore pour nous à ce jour obscurs. Néanmoins nous avons nettement avancé en matière de compréhension sur notre vécu.

Aussi tout comme l’année précédente, nous avons d’abord eu l’impression que ce nouveau mémoire s’inscrivait une fois encore dans une dynamique que nous avons qualifiées de projet → trajet plus que de trajet → projet. En effet, bien que le système d’études par alternance dans lequel nous nous inscrivions nous a permis de découvrir le domaine de la formation des adultes lors de stages pratiques, nous ne nous situions encore qu’aux portes du monde du travail. En réalité, nous étions même en train de vivre une période de transition majeure entre la fin prochaine de nos études et l’arrivée imminente de notre insertion

professionnelle. C'est donc d'abord dans une volonté de professionnalisation que nous avons fait le choix de lier cette recherche au projet qui nous a été confié dans le cadre de notre stage au sein de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la FPH.

Ayant ainsi, dans ce dernier, la mission de concevoir et de mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement à l'élaboration de politiques de prévention santé au travail auprès des établissements de soins de la Région, c'est assez naturellement que nous nous sommes donc orientés vers cette thématique. Ce choix nous offrait en effet selon nous deux avantages principaux : un premier, moindre, d'optimisation du temps afin de réussir à mener de front nos projets Universitaires et nos projets professionnels ; un second, majoritaire, encourageant une mise à profit d'apports théoriques pour une plus grande compréhension de notre pratique, et ainsi une conduite plus pertinente de notre mission de stage.

Cependant, le thème de la santé au travail est extrêmement vaste. Il nous fallait donc cibler un peu plus encore notre sujet afin de répondre à l'un des critères essentiels de la recherche : sa faisabilité. Nous pensant alors au départ totalement novice en matière de prévention de santé, qui plus est en situation de travail, nous avons effectué quelques premières lectures essentiellement législatives. Ces dernières nous ont ainsi permis de prendre conscience à quel point les notions de harcèlement, de stress, mais aussi celles de qualité de vie et de bien-être sont actuellement prégnantes dans le domaine du travail, et combien les risques professionnels semblent constituer une véritable préoccupation pour les organisations quelles qu'elles soient. Dans un même temps, la violence au sein des hôpitaux faisait à l'époque l'actualité dans les médias. Aussi, pour une raison que nous ne pouvions expliquer aux prémices de notre réflexion, nous avons une réelle envie d'aborder dans ce mémoire la problématique des risques psychosociaux au sein des Centres Hospitaliers.

C'est ensuite lors de notre participation à un séminaire régional organisé par l'OPCA dans lequel nous étions stagiaire que notre questionnement de départ a fini par émerger. En effet, avait été convié à cette journée un intervenant spécialiste des questions de prévention en santé au travail. Au cours de sa présentation, ce professionnel a ainsi insisté à plusieurs reprises sur le rôle et la place essentiels du cadre de proximité dans toute politique de prévention, et plus spécifiquement de celui du cadre de santé pour le secteur hospitalier. Il a également rappelé le lien existant entre la qualité de vie au travail des personnels soignants, et la qualité des soins prodiguée aux patients.

L'ensemble des éléments recueillis au travers nos premières lectures, l'actualité médiatique et les échanges informels que nous avons eus avec plusieurs praticiens de santé et experts en prévention des risques professionnels nous ont ainsi progressivement conduits à nous demander **de quelle(s) manière(s) le cadre de santé du secteur public hospitalier est aujourd'hui concerné par la problématique des risques psychosociaux dans l'exercice de son métier.**

Puis, suite à l'expression de cette première grande interrogation, nous y avons rapidement vu l'opportunité d'étudier **en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d'assumer les responsabilités qui sont les siennes, tout au veillant à prendre soin de son équipe.**

En effet, il nous semblait avoir entrevu ici le fait qu'en matière de pratiques professionnelles, la formation dispensée en cursus initiale et/ou continue sous une forme *classique*, c'est-à-dire suivant une transmission de savoirs principalement théoriques, présentait rapidement certaines limites quant à l'apprentissage d'une profession ancrée dans un contexte d'actions en perpétuelle évolution. De plus, la mission des personnels de santé, y compris du cadre de santé, étant celle de *prendre soin* des autres, il nous paraissait que cela impliquait une dimension d'affecte renvoyant à une subjectivité inscrite dans des expériences de vie singulières. Pour finir, nous avons présagé qu'en tant que professionnel managé mais aussi manager, le cadre de santé peut à la fois être sujet et source de risques psychosociaux. Etant ainsi en partie le garant du bien-être de son équipe, sa santé psychologique nous est dès lors apparu comme une priorité afin qu'il puisse être d'abord lui-même dans les meilleures conditions mentales possibles, pour favoriser par la suite le bien-être des soignants. C'est pourquoi nous avons finalement choisi de nous centrer exclusivement sur l'étude de la qualité de vie au travail chez les cadres de santé.

Nous détenions donc désormais notre question de départ. Néanmoins, le fait de ne pas réussir à expliquer véritablement notre orientation vers la thématique des risques psychosociaux nous perturbait quelque peu. Nous sentions en effet que derrière ce choix qui paraissait naturel se cachait quelque chose de plus profond, de plus intime. Il faut dire que nous ne faisons en général jamais les choses par hasard et que la plupart du temps, nous nous investissons entièrement, tant physiquement que psychologiquement, dans le travail que nous réalisons. C'est pourquoi nous avons éprouvé le besoin de faire le lien entre ce sujet de recherche et notre histoire de vie, afin d'en relever d'éventuels éléments biographiques pouvant expliquer notre inclinaison vers ce sujet particulier.

Ce temps de pratique réflexive nous a alors permis de prendre conscience que la dynamique projet professionnel → trajet personnel qui paraissait être au départ la nôtre n'était en réalité qu'un leurre. Ainsi, nous étions bien moins novices en matière de santé et de travail que nous ne le pensions initialement.

Notre *inclinaison naturelle* vers les risques psychosociaux, qui plus est abordés sous l'angle du secteur de la santé, aurait donc pour principale origine l'histoire de vie de notre père. Celui-ci a en effet connu plusieurs périodes de chômage dont l'une d'elle, la dernière et la plus longue, nous a particulièrement marquée. A l'époque, il venait tout juste de se faire licencier lorsque quelques jours après, il est tombé gravement malade et a dû être hospitalisé pendant plusieurs semaines. Aussi avec le recul, il nous semble aujourd'hui évident que ce licenciement a non seulement eu un fort impact psychologique adjoint d'une décompensation physique chez notre père, mais qu'il a également contribué de façon indirecte à la construction de notre rapport au travail, et peut-être même plus généralement de notre rapport au monde. Cette première expérience a ensuite été suivie d'une seconde dont nous n'avons pris conscience que très récemment de l'importance qu'elle avait joué dans notre formation (expérientielle !), et certainement dans le choix de notre sujet de recherche. Le vécu dont il est ici question prend ainsi place vers la fin de notre Licence en Lettres Modernes, alors que nous avions à l'époque comme projet professionnel de devenir professeur de Français. Aussi, pour une raison que nous ai encore obscure, nous avons brusquement perdu l'appétence pour les enseignements qui nous étaient dispensés bien qu'étrangement, nous avions encore le goût pour la littérature. Cette situation a par conséquent provoqué chez nous un profond mal-être accompagné d'une perte totale de motivation, à la fois pour nos études et plus globalement pour l'ensemble de notre vie personnelle. Souhaitant dès lors rapidement sortir de ce moment difficile, nous nous sommes questionnés sur l'orientation à donner à notre avenir universitaire pour faire finalement le choix de nous réorienter vers d'autres études.

Mais pourquoi alors les cadres de santé ? Parce que, comme nous l'avons déjà mentionné, nous souhaitions en premier lieu faire le lien entre notre projet de stage et notre projet de recherche, suivant une volonté de professionnalisation. Par ailleurs, ayant identifié au préalable l'idée que le cadre se présente à la fois comme un professionnel incontournable en matière de politique de prévention de la santé, mais qu'il peut être dans un même temps particulièrement sujet aux risques psychosociaux, l'étude de sa qualité de vie au travail nous semblait stratégique dans une volonté de plus grande efficience des établissements de soins.

Qualité de vie au travail > Qualité de services et de soins > Efficience de l'organisation.



Ajoutons également le fait qu'il y a quelques mois maintenant, notre père est de nouveau successivement tombé malade, et a dû par conséquent se faire hospitalier à plusieurs reprises. Cette situation d'hospitalisation régulière nous a ainsi permis d'approfondir nos connaissances dans le domaine de la santé en observant notamment de façon parcellaire le fonctionnement d'un service de soins au sein d'un hôpital public. Ce qui nous a alors interpellé, c'est cette impression d'un manque perpétuel de temps de la part des soignants pour s'occuper des patients comme cela le nécessiterait au regard de leur(s) pathologie(s). Cet étonnement nous a ainsi conduits à nous demander comment ces personnels chargés d'une mission de service public pouvaient psychologiquement supporter le fait que l'organisation et leurs conditions de travail puissent nuire à la qualité des soins prodigués aux malades. De plus, nous avons été amenés, depuis notre entrée dans ce Master, à rencontrer des personnes de différents horizons dont plusieurs cadres de santé. Au travers quelques discussions informelles, nous nous sommes alors représentés ce professionnel comme une sorte de manager pivot, placé au centre d'une organisation, et soumis à de nombreuses *injonctions paradoxales* issues d'équipes qui ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Enfin, il nous semble qu'inconsciemment, ayant pour projet professionnel d'occuper un poste à responsabilité dans le milieu de la formation des Adultes, le statut de cadre s'est donc présenté à nous comme une évidence en tant que soucis postural.

La dynamique sous-jacente à notre travail de recherche n'a ainsi été ni celle d'un trajet → projet, ni même celle que nous pensions avoir identifié en tant que projet → trajet, puisqu'il s'est agit en réalité d'une véritable rencontre entre un projet professionnel et un trajet personnel.

**PREMIERE PARTIE :**

**EMERGENCE PROGRESSIVE D'UN OBJET DE RECHERCHE.**

Rappelons que le point de départ de notre recherche repose ainsi sur la question de savoir : **en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d'assumer les responsabilités qui sont les siennes dans l'exercice de son métier.**

Aussi, c'est dans l'objectif d'appréhender au mieux ce qui se joue derrière cette interrogation que nous optons, dans un premier temps, pour une présentation contextuelle de notre sujet. Pour ce faire, le chapitre 1 reprend d'abord les principaux éléments historico-législatifs qui permettent d'envisager la notion de santé au travail telle qu'elle est aujourd'hui abordée au niveau Européen, national et régional. Puis nous évoquons les politiques économiques et gestionnaires actuellement à l'œuvre dans la Fonction Publique Hospitalière, pour ensuite les mettre en parallèle avec les missions, valeurs et principes fondamentaux de ce secteur professionnel. Enfin, nous réalisons un focus sur le cadre de santé, en étudiant son évolution historique, la formation qui lui est dispensée dans les Instituts de Formation de Cadres de Santé (IFCS), ainsi que la place et le rôle qu'il occupe actuellement au sein des Centres Hospitaliers. Cette démarche nous permet ainsi de traiter l'ensemble des niveaux macro, mezo et micro qui nous importent ici.

Après avoir présenté ces divers contextes, un second temps vise à approfondir les concepts que nous avons estimés les plus appropriés pour nous faire avancer dans notre réflexion. De ce fait, le chapitre 2 porte sur celui du travail, et plus spécifiquement sur la relation complexe que les Hommes entretiennent avec lui, entre souffrance et accomplissement de soi. Nous y abordons alors la place majeure qu'occupe ici l'autonomie dans un triple rapport à soi, à l'autre et au réel. Puis nous cherchons à analyser la signification exacte des risques psychosociaux pour mieux comprendre les notions de prévention et de qualité de vie au travail. Ces éléments théoriques nous conduisent dès lors à identifier un certain nombre de données psychosociologiques qu'il revient de prendre en compte dans le rapport global Homme – travail pour un plus grand épanouissement personnel de chacun.

Le chapitre 3 traite ensuite du concept de management dans un objectif d'identification plus pointue des missions et fonctions relatives au cadre de santé. Nous relevons alors plusieurs difficultés liées à l'exercice d'un métier qui implique, d'un côté, une place de manager, et de l'autre, une place de managé. Nous percevons également à quel point le management se présente aujourd'hui comme une fonction professionnelle essentielle dans un environnement de travail de plus en plus complexe et incertain. Ces éléments nous amènent

par conséquent à aborder l'implication des dimensions de proximité et de place intermédiaire chez le cadre-manager. Puis, nous prenons conscience de l'importance des notions managériales de leadership et de charisme, mais aussi de celles de communication et de responsabilité, dans une volonté de performance à la fois économique et humaine. Deux conceptions différentes nous semblent alors particulièrement intéressantes à relever : il s'agit, pour l'un, du management responsable, et pour l'autre, du management participatif.

Enfin, le chapitre 4 porte quant à lui sur le concept de formation, et qui plus est de formation expérientielle, afin de percevoir dans quelles mesures le cadre de santé parvient à se former dans l'exercice de son métier. Nous étudions ainsi l'évolution historico-idéologique d'une éducation permanente vers celle d'une formation tout au long de la vie, avant d'aborder les théories des trois mondes sociaux, des trois modalités d'apprentissages, et des trois pôles qui constituent la formation des adultes. Nous nous attachons ensuite à mettre en avant les liens existants entre l'expérience et la formation afin d'y relever le rôle que vient jouer la pratique réflexif dans toute transformation d'un vécu en expérience formatrice. Enfin, nous terminons par l'identification de deux procédés facilitateur de réflexivité, à savoir l'histoire de vie comme support de mis à distance avec le réel ; et l'oral comme prise en compte de l'altérité.



## **CHAPITRE 1 – POUR UNE PRESENTATION CONTEXTUELLE DE LA SANTE AU TRAVAIL CHEZ LE CADRE DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER.**

*« La santé au travail se construit autour de trois objectifs :  
préserver et promouvoir la santé du travailleur et sa capacité à travailler ;  
améliorer le milieu de travail [pour le rendre] favorable à la sécurité et la santé ;  
et élaborer une organisation et une culture [...] qui développent [cette] santé et [cette] sécurité. »*

(Organisation Internationale du Travail cité par Lamy, 2013, p.24)

Considérant que la stratégie se présente comme le niveau le plus englobant du fait que ce soit elle qui détermine les grands axes d’actions dans lesquels prend place l’ingénierie, c’est selon cette entrée que nous avons élaboré le chapitre suivant afin d’exposer le contexte de notre recherche. Pour ce faire, une première partie s’attache d’abord à étudier la santé au travail au regard d’un niveau macro, en identifiant les points de vue historico-juridiques portés par l’Europe, l’Etat et les Régions sur la thématique. Par la suite, une seconde partie cherche à approfondir un niveau mezo : celui de la Fonction Publique Hospitalière et des nombreuses réformes dont elle est aujourd’hui l’objet. Enfin, une troisième et dernière partie vise plus particulièrement à appréhender un niveau micro, à savoir le cadre de santé exerçant au sein d’un Centre Hospitalier.

### ***1. Histoire et juridiction de la santé au travail en France.***

Comme nous venons de l’annoncer, ce premier temps adopte le niveau stratégique le plus large en présentant d’un point de vue historico-juridique les différents regards et actions portés par l’Europe, l’Etat et les Régions dans le domaine de la santé au travail. Partant ainsi d’une approche purement historique permettant de rendre compte des évolutions en la matière, nous parvenons progressivement à aborder la législation pour finir mettre en avant une préoccupation contemporaine majeure, celle de la lutte contre les risques psychosociaux.

#### ***1.1 D’une approche eugéniste à une recherche d’épanouissement individuel.***

De Brouwer (2008) considère que le concept d’eugénisme a été central dans la démarche menée en France en matière de prévention de la santé au travail. Il justifie alors son point de vue en évoquant les grandes périodes de l’Histoire identifiées selon lui comme étant celles qui ont joué des rôles majeurs, à la fois dans la thématique de la santé au travail, puis dans celle plus récente du bien-être au travail.

L'auteur indique ainsi que durant l'antiquité, le travail est exclusivement réservé aux esclaves du fait qu'il soit considéré comme une activité de labeur. Puis cette notion gagne progressivement en vertu au sens où elle devient, à partir de la révolution industrielle, une véritable opportunité d'évoluer vers une classe sociale supérieure à la sienne. Par la suite, le contexte économique du XIXe-XXe qui repose sur un besoin croissant en consommation oblige à produire plus et plus vite, ce à quoi tente de répondre le *taylorisme*. Pour ce faire, les tâches sont morcelées à leur maximum afin qu'elles puissent être facilement reproductibles par les ouvriers. Ces derniers sont de leur côté généralement peu instruits et pauvres. Représentant néanmoins une source de productivité importante dont les industries sont parfaitement conscientes, ils font l'objet d'une politique dite « *d'hygiénisme sociale* » (De Brouwer, 2008, p.28) visant à améliorer leur santé par le biais de règles de morale. En effet, les autorités considèrent à l'époque que leurs conditions de vie sont dues exclusivement à leur manque d'éducation et d'hygiène, ainsi qu'à leur fainéantise naturelle. Il s'agit par conséquent de veiller à lutter contre une dégénérescence de cette classe sociale pour favoriser un plus grand rendement. C'est dans ce contexte de sélection discriminatoire qu'apparaissent dès lors les premiers syndicats ainsi que la loi sur les accidents du travail qui introduit une réparation forfaitaire pour le salarié malade.

Après les deux Guerres Mondiales, le passage d'une industrie de guerre à une industrie de paix se fait difficilement et le chômage monte en flèche. Les employeurs profitent alors de cette situation pour créer des catégories visant à distinguer les *bons* des *mauvais* travailleurs, et ainsi licencier les ouvriers témoignant de difficultés de santé. Malgré ce « triomphe de l'eugénisme » (De Brouwer, p.30), la médecine du travail s'organise doucement et il apparaît les premières législations en matière de maladies professionnelles. Puis le Taylorisme laisse place au Keynésianisme pour une plus grande autonomie des ouvriers au regard d'usines qui ne cessent de s'agrandir. Par conséquent, on observe progressivement une évolution des mentalités dans la mesure où les autorités cherchent de plus en plus à adapter le travail aux Hommes, et non l'inverse.

Enfin depuis les années 60-70, l'amélioration de la santé publique pour tous et l'augmentation de l'espérance de vie conduisent à un intérêt croissant des employeurs pour l'organisation du travail. Ainsi, dans un contexte économique guidé par une mondialisation accrue et des évolutions technologiques permanentes, les Hommes n'ont paradoxalement jamais été autant poussés à investir leur subjectivité dans la réalisation de leurs tâches professionnelles (Claude, 1998). En effet, les employeurs ont désormais compris que leur

performance ne repose plus seulement sur leurs ressources matérielles, mais également sur leurs ressources humaines. C'est pourquoi elles portent un intérêt croissant à la notion de qualité de vie et de bien-être au travail, suivant l'idée que « *les gens heureux produisent mieux* » (Deloche, 2010, p.10). Claude (1998) estime dans ce cadre que ces conditions contemporaines sont à la fois subies et voulues. Elles sont subies au sens où les structures imposent à leurs employés un engagement total de leur part en augmentant leur autonomie et leurs responsabilités. Mais elles sont également voulues du fait que les travailleurs eux-mêmes sont à la recherche d'une pleine liberté d'expression dans leur vie professionnelle. De ce fait, la santé au travail repose de plus en plus sur une réalisation identitaire dans une poursuite de reconnaissance sociale des efforts produits (Fourgous et Daujard, 1993).

## 1.2 Ce que dit aujourd'hui la juridiction en matière de Prévention Santé au Travail.

La FPH présente une particularité en matière de droit relatif à la prévention de la santé au travail, au sens où celui-ci repose sur un dispositif juridique mixte. Il se compose en effet, d'une part, du Code du travail ; et d'autre part, des déclinaisons législatives propres au statut de la Fonction Publique. Il s'agit ainsi, selon le Fond National de Prévention (2012), d'un droit « *principalement fondé sur des principes et une démarche d'action* » (p.1) qui doit s'attacher à faire du *sur-mesure* en fonction des situations particulières. Il implique dès lors que chaque établissement se place dans une posture de recherche permanente d'amélioration des conditions de travail, au travers la nécessité d'opérer des évaluations régulières et de prendre en compte le facteur humain dans les moyens et les mesures de prévention. Il donne en outre la priorité à une action qui se veut à *la source* des problématiques identifiées, en mettant l'accent sur une approche collective d'analyse des risques professionnels. La finalité est par conséquent de tendre à l'institution d'un management<sup>1</sup> pour la prévention qui parvienne à associer l'ensemble des acteurs organisationnels et fonctionnels dans la mise en œuvre effective d'une politique d'anticipation des risques.

### 1.2.1 Etude du code du Travail et des déclinaisons législatives particulières à la Fonction Publique Hospitalière.

En ce qui concerne le Code du travail (CT), celui-ci vise essentiellement à définir les principes, les démarches et les règles particulières de santé et de sécurité, ainsi que les dispositions relatives à l'organisation de la prévention dans l'ensemble des secteurs privé et

<sup>1</sup> Schéma illustrant les différentes étapes qu'implique un management de la santé et de la sécurité au travail disponible en annexe, nombre 1.

public. C'est également à lui que revient la détermination de la composition et du fonctionnement des Comités d'Hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ainsi que des services de santé au travail (SST). Néanmoins, une part des dispositions pénales prévues dans ce Code pour sanctionner d'éventuels manquements au droit ne sont pas applicables aux établissements publics de santé. Dans ces situations, c'est alors le Code de la Santé Publique (CSP) qui prend le relais. Aussi le CT a pour objectif déclaré

« d'assurer la sécurité et la protection de la santé physique et mentale de tous les travailleurs de la collectivité ou de l'établissement [...] avec le souci de l'organisation, de la transparence et de l'information partagée, de la compétence et de la capacité des opérateurs à maîtriser les situations à risque, de l'adaptation aux changements et de la recherche de l'amélioration constante des situations existantes. » (art L4121-1 à L4121-5 du CT, cité dans FNP, 2012, p.13).

Pour ce faire, il recommande fortement aux employeurs d'avoir recours à un certain nombre de mesures : **évaluer les risques** dans une démarche ergonomique ; **organiser** et mettre en place les fonctions de prévention ; **informer et former** tous les agents dans les domaines de la santé et de la sécurité ; **consulter et associer** les agents ainsi que leurs représentants ; et enfin **planifier** et employer les actions et leurs moyens nécessaires. Dans l'objectif de parvenir à assurer l'ensemble de ces mesures, le CT distingue alors plusieurs acteurs en matière de santé et de sécurité. La FPH n'échappe pas à cette législation, malgré quelques adaptations issues du CSP. Ainsi, les principaux acteurs en santé au travail exerçant en internes, au sein des établissements publics de soins, relèvent de quatre domaines : décisionnel, opérationnel, représentatif et d'exécution<sup>2</sup>. Il s'agit en outre plus spécifiquement :

- Du directeur d'établissement qui est chargé de la politique de son établissement en y incluant entre autre les volets relatifs à la gestion des ressources humaines, à la santé physique et mentale des agents, et à l'amélioration des conditions de travail. C'est aussi à lui que revient la responsabilité d'évaluer les risques professionnels au travers la réalisation du Document Unique.
- De l'encadrement de proximité qui, de par sa place et son rôle au sein de l'établissement, se trouve au plus près des réalités du terrain, en étant directement confronté à la question des limites psychiques et psychologiques des agents placés sous son autorité. Il peut ainsi notamment participer à la démarche de prévention en faisant notamment remonter les informations nécessaires à sa hiérarchie, afin de développer des conditions de travail

<sup>2</sup> Schéma relatif aux différents acteurs en matière de prévention de la santé au travail dans les établissements publics de santé disponible en annexe, nombre 2.

favorables au bien-être de son équipe. Dans ce cadre, cet acteur se présente comme « *un appui autant que possible aux salariés afin de gérer les aléas et les dysfonctionnements* » (ARACT, 2011, p.1) dans une recherche d'adéquation entre les objectifs à tenir et les moyens mis en œuvre.

- Du service de sécurité et des conditions de travail qui est assuré par des agents désignés par la direction de l'établissement, puis formés afin de « *s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise...* » (art. L4644-1 du CT). Son rôle est uniquement fonctionnel car il consiste à conseiller la direction, analyser et mener des études, et assurer une liaison entre les différentes instances de prévention.
- De l'agent, dont le CSP reconnaît un droit d'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercices et l'organisation de son travail. De plus, en tant qu'expert dans son domaine, il lui revient d'alerter sa hiérarchie ou tout autre acteur dès lors qu'il rencontre des difficultés ou des tensions dans l'exercice de son métier. Il nous paraît en outre important que celui-ci puisse participer activement à l'élaboration des réponses de prévention ainsi qu'à la mise en place effective des solutions.
- Du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE) dont la mise en œuvre effective a été adaptée pour la FPH. Ils contribuent ainsi à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés, à l'amélioration des conditions de travail, et à l'analyse des risques professionnels. Pour ce faire, ils examinent et donnent leurs avis sur les rapports annuels relatifs à la santé au travail, contribuent à la promotion de la prévention et veillent à l'application des dispositions réglementaires en la matière.
- Du Service de Santé au Travail (SST) qui a pour mission d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des agents. C'est dans ce cadre qu'intervient plus particulièrement la médecine du travail en tant que coordinatrice et intervenante active du service, notamment par le biais d'actions menées directement en milieu professionnel, de surveillances médicales des agents, et de participations à des études épidémiologiques.

Il semble également que l'évaluation apparaisse comme la base de toute potentielle démarche de prévention en santé et en sécurité des travailleurs. C'est pourquoi le décret du 5 novembre 2001 (art. L4121-2 du CT) instaure la réalisation d'un Document Unique comme une obligation annuelle d'évaluation des risques professionnels pour toute structure employant au minimum un agent. L'objectif est ainsi de faire émerger des mesures de

prévention effectives en impulsant l'application d'un plan d'actions qui prévoit les moyens et les méthodes garantissant un meilleur niveau de protection. Quant aux modalités de cette évaluation, celles-ci sont spécifiquement déterminées, en ce qui concerne la FPH, par l'accord du 20 novembre 2009 suivant une volonté affichée de décloisonnement des politiques de prévention et de développement d'une véritable culture de la santé.

### ***1.2.2 Une préoccupation importante : la prévention des risques psychosociaux.***

Les risques psychosociaux occupent depuis déjà plusieurs années le devant de la scène en matière de prévention de santé au travail, et cela sur l'ensemble des niveaux territoriaux.

En effet depuis les années 2000, l'Europe a fait de sa Stratégie Communautaire pour la santé et à la sécurité au travail « l'un des aspects les plus importants et les plus développés de [sa] politique relative à l'emploi et aux affaires sociales » (Commission des communautés européennes, 2007, p.2), et cela pour des raisons à la fois économiques et humaines de « compétitivité et de productivité des entreprises » (p.4). Ainsi, la stratégie 2007-2012 avancée par la Communauté Européenne rappelait que les problèmes survenants suite à une mauvaise santé mentale constituaient à l'époque – 2007 - la quatrième cause d'incapacité au travail. C'est pourquoi elle pointait du doigt la nécessité de développer un cadre législatif efficace reposant sur la diffusion de bonnes pratiques et l'élaboration d'outils simples pouvant faciliter l'évaluation des politiques de prévention. Elle précisait pour cela que la participation des Etats membres se devait d'être active, en optant pour la mise en place de stratégies nationales cohérentes avec celle de l'Europe, afin « d'augmenter l'efficacité préventive de la surveillance de la santé. » (p.9-10).

C'est ce à quoi s'est attachée la France, en proposant dans son second Plan de Santé au Travail (PST2) 2010-2014<sup>3</sup> quatre axes d'actions construits autour d'une finalité transversale, celle de « travailler mieux à tous les âges de la vie » (p.4). Ainsi, alors que le premier axe porte sur le développement de la recherche et des connaissances en matière de santé auprès de ceux qui conçoivent et organisent le travail par le biais notamment de la formation, le second porte de son côté sur la mise en place d'actions de prévention des risques professionnels, et en particulier des risques psychosociaux. Quant aux deux derniers, ils visent respectivement le renforcement de la coordination des différents partenaires, ainsi que le pilotage du plan d'actions au travers la communication et la diversification des outils.

---

<sup>3</sup> Le premier Plan Santé au Travail (PST 1) a été établi pour une temporalité allant de 2005 à 2009, suivant une volonté affichée de développer une politique stratégique en matière de santé et de sécurité au travail autour, notamment, d'une recherche de plus grand bien-être des salariés.

Ce Plan Santé au Travail a été décliné dans chaque région en un Plan Régional de Santé au Travail (PRST) dirigé par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et en partenariat avec les acteurs régionaux jugés les plus pertinents, dans l'objectif d'adapter la stratégie au plus près des besoins, des contraintes et des demandes de chaque territoire. De ce fait, le PRST de notre région, institué jusqu'en 2014, met particulièrement l'accent sur le renforcement de la prévention du mal-être au travail. Il identifie pour cela quatre grands facteurs de risques psychosociaux : « les exigences du travail et de son organisation ; le management et les relations du travail ; la prise en compte des valeurs et attentes des salariés ; et les changements du travail. » (p.23).

Enfin, mentionnons qu'en parallèle, d'autres accords nationaux interprofessionnels (ANI) et accords-cadres ont été signés ces dernières années par les partenaires sociaux en matière de RPS. Citons entre autre l'ANI de Juillet 2008 sur le stress au travail ou bien l'accord-cadre de Mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail. Plus récemment encore, l'accord du 22 octobre 2013 affiche pour volonté de développer « une véritable culture de prévention des risques professionnels, [en se fixant] pour objectif de donner une impulsion en matière de prévention des risques psychosociaux » (Lebranchu, 2013, p.2) dans les trois Fonctions Publiques. Cinq axes sont alors visés parmi lesquels : la mise en œuvre de plans de prévention des RPS ainsi que la mise à disposition d'appuis à la démarche d'évaluation et de prévention via notamment la formation.

## ***2. Prenant place au regard d'un contexte spécifique : celui de la Fonction Publique Hospitalière.***

Cette préoccupation croissante des autorités en matière de santé au travail vient s'inscrire dans un contexte « d'évolutions de la démographie médicale, de vieillissement de la population, d'accélération du progrès technique et d'intensification de la concurrence internationale [qui] constituent les principaux enjeux [des] hôpitaux. » (Vincent, 2005, p.56). Dans ce cadre, rappelons que l'Hôpital occupe depuis la loi du 31 décembre 1970 (Loi n°70-1320) une place centrale dans le système de soins français. Il semble par ailleurs se présenter aujourd'hui comme une sorte de *laboratoire* des réformes envisagées pour l'ensemble du secteur public. En effet, notre société contemporaine connaît depuis déjà quelques années de perpétuels changements, obligeant le monde de la santé à suivre au mieux ces évolutions en se transformant lui-même sans cesse. C'est pourquoi il fait l'objet d'une succession de réformes visant un remaniement important de l'organisation du travail et des pratiques de santé



(Quantin, 2010). Cette évolution apparaît alors selon nous d'autant plus délicate qu'elle relève d'une transformation d'un système fermé, où les professionnels sont seuls détenteurs d'un savoir, à un système ouvert, fortement concurrentiel et dans lequel la qualité de service l'emporte sur le statut d'*expert*. Cela représente de ce fait une mutation culturelle importante pour la FPH.

Vincent (2005) donne alors comme définition au terme de *réforme* « un changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats » (p.49). Attachons-nous donc à présent à approfondir certaines de ces réformes afin de mieux comprendre dans quel contexte s'inscrit notre recherche.

## 2.1 Vers une démarche de qualité et de sécurité des soins toujours plus exigeante.

Parmi les changements qui impactent depuis quelques années la FPH, il semble que la qualité et la sécurité des soins occupe une place majeure. Dans ce cadre, Bonmati (dans Ardouin et al, 2009) souligne qu'en un peu plus d'un demi-siècle, les termes prenant en compte l'individu à l'Hôpital ont complètement changé de nature. Nous sommes en effet progressivement passés du *malade* à l'*usager*, voir même au *partenaire des soins*, le tout au regard d'un contexte économique de gestion des établissements de plus en plus tourné vers le modèle du secteur privé. Ainsi, alors que le *malade* évoquait dans les années 1950 quelqu'un faisant l'objet d'un traitement, il se voit supplanté par l'emploi du terme *patient*, comme témoignage d'une plus grande prise en compte de la personne en tant qu'être humain assuré par un système de Sécurité Sociale. Puis vers 1970, le *patient* devient à son tour le *consommateur* pour désigner un individu utilisateur de marchandises au regard de besoins à satisfaire. Cette évolution sémantique implique dès lors de nombreux changements pour l'Hôpital dans la mesure où le consommateur « exige un produit ou un service, au coût annoncé et aux résultats prévus. » (p.52). Enfin, plus récemment encore, ce *consommateur* est remplacé par le *client*, puis par l'*usager*, du fait que les individus paient désormais de plus en plus leurs soins.

C'est dans cette logique que la réforme du 31 juillet 1991 (Loi n°91-748) réaffirme ainsi les droits des malades et instaure la notion d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'activité. Est également mis en place un système d'accréditation qui se présente comme un « véritable outil d'organisation interne des établissements » (Bienvenu dans Ardouin et al, 2009, p.53) dans l'objectif de satisfaire le client-malade par la qualité de l'accueil et des prestations. Enfin, la place et les droits des malades ont particulièrement évolués au cours de



cette dernière décennie, d'abord par la loi du 2 janvier 2002 (Loi n°2002-2) relative aux droits des usagés, puis par la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 qui témoignent toutes deux du fait que l'individu n'est plus seulement considéré comme un sujet de droit, mais aussi comme un acteur direct de sa prise en charge et de sa santé. C'est pourquoi le terme de *partenaire* tend aujourd'hui à prendre le pas sur celui d'*usager*, suivant l'idée que toute personne hospitalisée peut être désormais amenée à demander plus d'informations sur ses soins, et à exprimer son éventuelle insatisfaction au regard de la prise en compte de ses besoins.

Cette évolution de la place du malade adjointe aux changements environnementaux, aux progrès des systèmes d'informations et aux outils de gestion, contribue pour les établissements de santé à envisager les soins comme une véritable politique de management. Aussi, il apparaît pour Bienvenu (dans Ardouin et al, 2009) que ce nouveau type de pilotage transforme la qualité en un élément de performance reposant sur deux grandes procédures de certification. Alors que la première - V2-2007- a permis de mesurer la mise en place continue d'une démarche d'amélioration de la qualité, la seconde - V2010 – qui est encore en vigueur, s'attache quant à elle à prendre en compte les usagers, les professionnels de santé et les pouvoirs publics afin de « délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ; [...] créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé ; et assurer son rôle dans la régulation des établissements par la qualité » (HAS). Elle repose en outre sur une obligation, pour l'ensemble des professionnels, de s'engager dans une démarche de formation et d'évaluation de leurs pratiques afin d'encourager un décroisement entre les services via « une appropriation culturelle des mécanismes et de la philosophie de la démarche qualité par l'ensemble de la communauté hospitalière. » (Bienvenu, dans Ardouin et al, p.216).

## 2.2 Une injonction croissante en matière de gestion.

Cette volonté de plus grande qualité et de sécurité des soins pour les patients paraît plus généralement venir s'inscrire dans une recherche d'économie budgétaire explicitement annoncée lors des dernières réformes, et particulièrement dans la loi HPST du 21 juillet 2009. Néanmoins, Quantin (2010) rappelle que ce contrôle de gestion n'est pas quelque chose de nouveau pour l'Hôpital puisqu'il remonte en réalité au début des années 1980 où émergent simultanément deux notions importantes dans la FPH : celle d'une part de *valeur ajoutée*, liée non pas à une volonté d'amélioration de la valeur mais à une recherche d'enrichissement des établissements ; et celle d'autre part *d'hôpital-entreprise*, renvoyant à une dimension

commerciale suivant l'idée que la santé est un bien monnayable comme les autres. En effet, bien que cette dernière n'ait pas de prix, elle a un coût qui ne cesse d'augmenter au regard de l'accroissement des besoins individuels. En témoignent les chiffres annoncés par l'INSEE (consulté le 7/1/14) en matière de dépenses de l'Etat relatives aux services hospitaliers, avec en 2008 un total de 64,6 milliards d'euros, pour un peu plus de 73 milliard d'euros en 2012 ! C'est pourquoi les autorités publiques s'attachent à mettre en place une gestion rationnelle des dépenses, en se rapprochant toujours plus d'un modèle de fonctionnement initialement assigné au secteur privé. C'est d'ailleurs suivant cette volonté qu'apparaît en 2005 le système de tarification à l'unité (T2A), visant à modifier le mode de financement de l'Hôpital.

Toujours suivant cette volonté de gestion budgétaire, évoquons également l'architecture générale du système régional de santé tel qu'il existe actuellement. En effet, la loi HPST de 2009 est venue modifier sa construction initiale en instaurant la mise en place d'agences régionales de santé (ARS) visant à permettre une coordination des programmes et des actions, pour rendre le système plus homogène et plus lisible. Chaque ARS<sup>4</sup> a ainsi pour mission de conduire, sur son propre territoire, des actions en matière de prévention, d'éducation et de gestion au regard d'un projet régional de santé (PRS). Celui-ci « s'inscrit [dès lors] dans les orientations nationales de la politique de santé » (dans ANAP, n.d, p.91).

Enfin, le dernier élément qui semble ici important de mentionner relève du principe de liberté d'organisation interne reconnu dans la loi HPST de 2009 à l'ensemble des établissements publics de santé, et qui ne rend obligatoire dans l'organisation structurelle de ces derniers l'existence de pôles d'activités. Chacun de ces pôles se voit ainsi octroyer une plus grande autonomie afin mener une logique de gestion au plus près des structures internes. Toutefois, leurs mises en place effectives se décide selon les volontés propres de chaque directeur, et au regard du projet médical de chaque établissement. Par conséquent, la dénomination, le nombre, la taille et la composition des pôles varient aujourd'hui d'un Centre Hospitalier à un autre.

---

<sup>4</sup> Schéma présentant la composition de l'ARS disponible en annexe, nombre 3.

## 2.3 Mise au regard des missions et des valeurs de la Fonction Publique Hospitalière.

Les établissements de santé se différencient en France suivant plusieurs critères : leur statut juridique, leurs missions, leurs spécialisations, leurs durées de séjour et enfin leurs modes de financement. Néanmoins, tous ont selon Molinier (n.d) quatre grands types de missions :

- Celle de soins en veillant à assurer non seulement les examens, diagnostics et traitements des malades, des blessés et des femmes enceintes, mais aussi à garantir leur surveillance et leur sécurité ;
- Celle d'information, liée à l'obligation pour tout établissement de santé de « communiquer les informations médicales contenues dans le dossier médical à des personnes recevant ou ayant reçu des soins » (p.52) ;
- Celle d'évaluation et d'analyse de l'activité, dans l'objectif d'une plus grande qualité des soins. Vient dès lors ici s'inscrire l'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins ;
- Et celle de santé publique pour les établissements qui y participent, avec notamment des actions menées en matière d'éducation pour la santé et de prévention.

La FPH poursuit ainsi ces missions générales, mais elle doit également, de par son statut, s'attacher à : « mener en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale » ; « concourir à l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche » ; et « concourir à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers » (p.59). Elle a en outre la nécessité de garantir l'égal accès de tous aux soins, et cela dans une activité continue, afin que l'ensemble des patients dont l'état réclame une prise en charge puisse être accueilli à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit. Ces dernières missions sont intimement liées aux valeurs traditionnelles de la FPH, et plus généralement à celles du service public qui sont inscrites dans une série de principes formalisée au début du XXe siècle. Il s'agit du principe d'égalité qui implique une absence de discrimination, quel que de soit la race, la religion, l'âge ou la situation sociale de la personne hospitalisée ; du principe de neutralité dans une abstraction des croyances et des opinions des malades ; du principe de continuité en matière d'accueil et de soins ; et enfin du principe d'adaptabilité dont les nombreuses réformes du système de santé sont en partie liées (« les valeurs du service public », dans hopital.fr). Aussi, malgré l'existence continuelle de ces valeurs fortement portées et incarnées par les personnels de santé, l'Hôpital a énormément

évolué, passant d'une conception *d'œuvre de charité* à celle d'une structure économique reposant sur un modèle de gestion inspiré du marché privé. Cette situation peut ainsi parfois conduire à des contradictions entre les valeurs fondatrices du service public hospitalier telles que nous venons de les présenter, et une volonté croissante affichée par les autorités de tendre vers plus de concurrence et de performance. C'est par conséquent cet écart entre les valeurs et la réalité du terrain qui peuvent entre autre expliquer un important mal-être au travail chez de plus en plus de personnels de santé. Toutefois, la difficulté réside ici à objectiver cette pensée qui, bien qu'elle soit exprimée par les professionnels concernés lorsqu'il est possible d'en discuter avec eux, reste extrêmement délicate à démontrer car elle ne repose pas sur des données chiffrées, mais sur l'expression de subjectivités individuelles et singulières.

### **3. Et le cadre de santé dans tout cela ?**

C'est au regard des missions et des valeurs du service public hospitalier, mais aussi d'un contexte économique imposant des changements majeurs en matière de gestion et de la qualité des soins que prend place le cadre de santé. Ce métier tel qu'il est ainsi aujourd'hui envisagé a énormément évolué au cours de ce dernier siècle pour tendre davantage vers le management d'une équipe, plus que vers l'acte de soins en lui-même. Pourtant l'existence d'un *prendre soin* semble encore fortement présent chez ce professionnel.

#### **3.1 Une évolution historique majeure : de la mère supérieure au cadre de santé.**

« D'un modèle d'encadrement autoritaire avec la surveillante, à un modèle professionnel avec le cadre infirmier, le nouveau modèle vers lequel tend aujourd'hui le cadre de santé est gestionnaire et managérial. » (Reinhart, n.d, p.1) Ces propos nous semblent ainsi particulièrement bien illustrer l'importante évolution historique qu'a connue, durant ces dernières décennies, le professionnel nommé aujourd'hui *cadre de santé*.

Catanas (2008) estime alors que ce grand écart s'est produit suite à plusieurs évolutions telles que la reconnaissance d'une profession infirmière, la modification de la place des femmes dans la société, et la mutation de l'organisation du travail. Aussi jusqu'à la fin du moyen-âge, les femmes exercent une certaine forme de médecine basée sur la connaissance de la fécondité et des plantes. Or avec l'émergence du christianisme pour qui le corps est source de péché, elles sont progressivement assimilées à des guérisseuses païennes que l'Eglise cherche à annihiler. En parallèle à cette persécution se développe dès lors un modèle de la femme comme entièrement destinée au service des malades et des pauvres accueillis dans les Hôpitaux religieux. Appartenant à des congrégations, elles vivent ainsi selon des règles

strictes établies sous l'autorité d'une hiérarchie ecclésiastique fortement structurée, et au sein de laquelle c'est à la Mère Supérieure que revient le rôle d'encadrement.

Puis vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'évolution rapide des techniques de soins pousse les médecins à déléguer certaines de leurs activités à leurs subalternes, conduisant ainsi à l'ouverture des premières Ecoles d'infirmières pour les femmes laïques. Les religieuses sont quant à elles reléguées à l'intendance et à la surveillance des malades. Néanmoins l'encadrement reste sous l'égide de la Mère Supérieure puisque l'on considère à cette époque qu'une fonction d'encadrement est incompatible avec une fonction soignante. Catanas précise d'ailleurs que cette dichotomie entre le fait *d'aider l'autre* et le fait *d'encadrer l'autre* se présente encore aujourd'hui comme l'une des problématiques du cadre de santé.

Après la seconde Guerre Mondiale, la profession infirmière se voit reconnaître un nouveau statut social lié à l'appropriation de nouvelles compétences médicales et à l'élargissement de ses domaines d'intervention. L'encadrement doit donc s'adapter à cette évolution en se tournant principalement vers le contrôle de « l'organisation du travail infirmier, la planification des présences et des repos, et l'exécution correcte des actes à accomplir » (Reinhart, n.d, p.2), d'où la terminologie de *surveillant infirmier*. Puis l'ouverture des Ecoles de cadres en 1960 conduit les infirmiers à l'émancipation au regard de tutelles médicales et administratives. L'apparition du terme de *cadre infirmier* dans la législation – 1975 - participe ainsi du fait que l'encadrement tend progressivement vers les domaines de la gestion et du management. Enfin, la création du Diplôme de Cadre de Santé en 1995 permet d'instituer une formation commune à l'ensemble des professions paramédicales, dans un objectif d'inter-professionnalisation par l'acquisition d'un langage partagé et le début d'un décroisement dans les établissements de santé. Le *cadre infirmier* devient dès lors *cadre de santé*, semblant sous-entendre le fait que l'encadrement est à présent envisagé comme une fonction transversale qui ne nécessite plus systématiquement la maîtrise des compétences professionnelles encadrées.

### 3.2 L'institut de Formation des Cadres de Santé.

Tout professionnel souhaitant aujourd'hui devenir cadre de santé a pour obligation de suivre une formation dispensée au sein de l'un des trente-sept Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du pays. En effet, c'est au décret du 18 août 1995 (décret n°95-926) que l'on doit cette injonction, suivant l'idée que

«Le bon fonctionnement [des] structures de santé, [...] dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence. C'est pourquoi [leur] formation est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités.» (p.1).

Afin d'être admis pour suivre cette formation sanctionnée par un Diplôme d'Etat (DE), les candidats cadres de santé doivent ainsi préalablement justifier de l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions inscrite dans les filières suivantes : celle infirmière, celle médico-technique, et enfin celle de rééducation. Il leur est également nécessaire d'avoir exercé pendant au moins quatre ans à temps plein (une durée de quatre ans équivalente si c'est à temps partiel) au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection. Enfin, il est impératif qu'ils aient réussi leurs épreuves du concours d'entrée dans l'un des IFCS.

Comprenant un total de quarante-deux semaines réparties sur dix mois, la formation dispensée dans ces Instituts vise dès lors à préparer les élèves-cadres à assumer aux mieux leurs futures responsabilités et missions, et cela d'autant plus qu'ils exerceront au sein d'un système de santé en évolution permanente. L'objectif pédagogique poursuivi au travers la mise en place de six grands modules<sup>5</sup>, de plusieurs temps de stages et de la réalisation d'un mémoire de recherche paraît de ce fait tendre avant tout vers une formation élaborée autour de réflexions, d'outils et de contenus qui puissent aider le futur cadre à comprendre au mieux les mutations en cours et leurs enjeux. Dans cette situation, les apports théoriques qui permettent de poser les grandes lignes directrices des réflexions à mener apparaissent comme importants mais pas exclusives. Il s'agit en effet davantage d'offrir un temps de prise de distance avec le vécu du terrain pour « permettre à l'étudiant de mesurer ses propres ressources, capacités, expériences, aptitudes et également limites, [...] [et] d'identifier ses modes de réaction [pour] s'auto évaluer. » (Reinhart, n.d, p.9). Pour cela, un accompagnement à l'articulation théorie/pratique semble plus pertinent, et implique en outre, selon nous, une dimension de transformation identitaire favorisant un meilleur positionnement et une plus grande souplesse d'adaptation, tant professionnelle que personnelle. C'est d'ailleurs suivant cette volonté de développement d'une plus grande réflexivité que De Singly recommandait en 2009 la création de formations pensées en partenariat avec l'Université.

---

<sup>5</sup> Programme de formation des Cadres de Santé établi par le décret du 18 août 1995 disponible en annexe, nombre 4.

### 3.3 De multiples missions et fonctions.

Si la formation dispensée à l'IFCS est aujourd'hui devenue obligatoire, c'est sans doute parce que le travail demandé au cadre de santé implique de nouvelles missions et fonctions au regard de celles qu'il a pu développer en tant que soignant. Il s'agit en effet d'un tout autre métier porté d'avantage sur le *faire-faire* que sur le *faire*, selon des responsabilités qui ont considérablement évoluées au regard de celles attribuées précédemment aux cadre infirmiers. De Singly (2009) identifie dès lors quatre missions fonctionnelles attachées aujourd'hui au cadre de santé : une première de management d'équipes consistant à concevoir et animer l'organisation du travail au sein d'une équipe de soins ; une seconde transversale de responsabilité de projets renvoyant à une conduite d'actions ; une troisième d'expert investi dans une veille et une recherche d'innovations ; et une quatrième de formation (p.24). Ce professionnel a également pour responsabilités de gérer l'information, les moyens et les ressources de son équipe ; de contrôler et d'évaluer les activités dans une recherche d'efficacité ; et d'animer la démarche de qualité et de sécurité des soins. Véritable « maillon central » (De Singly, p.5) tantôt managé et tantôt manager, le cadre occupe ainsi une place de pivot en tant qu'interlocuteur privilégié des soignants, de l'équipe médicale et enfin de l'équipe de direction.

La difficulté réside alors principalement dans le fait de parvenir à exercer un métier à part entière, en étant contraint de lier son métier d'origine rattaché à une culture soignante de base – groupe de référence –, avec une culture de management dépendant de nouvelles responsabilités d'encadrement – groupe d'appartenance – (Reinhart, n.d, p.4). Cette évolution s'accompagne par conséquent d'un développement inévitable de nouvelles compétences que le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a cherché à traduire par un nouveau référentiel d'activités et de compétences relatif au DE de cadre de santé. Dans ce document est ainsi distingué, d'une part, le cadre exerçant en service de soins, et d'autre part, le cadre exerçant en tant que formateur. Aussi, alors que plusieurs compétences sont communes à ces deux orientations professionnelles, celles du cadre-manager d'équipe relèvent d'un certain nombre de capacités transversales telles que savoir anticiper, négocier, encadrer ou analyser, qui s'accompagnent de ressources personnelles relatives aux dimensions d'adaptation, de relationnel et d'auto-évaluation rendant ainsi plus aisé l'exercice du métier. Parmi les compétences demandées, relevons alors ici celle qui consiste plus particulièrement à savoir conduire une démarche de qualité et de gestion des risques par « l'animation permettant une réflexion de l'équipe sur ses pratiques professionnelles » (p.24).

## **CHAPITRE 2 – L'HOMME ET LE TRAVAIL : UNE RELATION COMPLEXE ENTRE SOUFFRANCE ET ACCOMPLISSEMENT DE SOI.**

*« Lorsque les salariés sont en bonne santé et qu'ils se réalisent, ils ont un niveau d'engagement supérieur. Cet élan, cette fierté de faire avancer les choses sont créateurs de performance. Le niveau d'engagement est donc un levier direct d'efficacité de l'entreprise. »*

(Lachmann, Larose, Pénicaud, 2013, p.10)

L'approche stratégique qui a été la nôtre dans le chapitre précédent nous a permis d'embrasser l'ensemble de notre thématique d'un point de vue historique, juridique et institutionnel, en abordant la prévention de la santé au travail au regard de la situation spécifique à la Fonction Publique Hospitalière où évolue le cadre de santé. Aussi, cette étude contextuelle permet à présent de s'engager vers une démarche conceptuelle, au sein de laquelle la dimension de travail apparaît comme primordiale puisqu'il s'agit justement ici d'approcher un individu dans son rapport au travail. Pour ce faire, une première partie s'attache à envisager la relation particulière qui relie l'Homme à ce concept afin de tendre, dans une seconde partie, vers un approfondissement des notions de risques psychosociaux, de prévention et de qualité de vie au travail qui en découlent. Pour finir, une dernière partie aborde quant à elle plusieurs données psychologiques pouvant influencer sur un épanouissement personnel au travail.

### ***1. Travail et facteur humain.***

Comme nous nous sommes attachés à l'annoncer dès l'introduction de ce mémoire, notre recherche tente de s'inscrire dans la lignée de la psycho-dynamique du travail telle qu'a pu l'envisager Dejours, en considérant que le rapport Homme-Organisation du travail n'est pas un bloc rigide mais un espace relationnel en perpétuel mouvement. De ce fait, adhérer à ce paradigme consiste à reconnaître que les changements peuvent tout aussi bien survenir du côté des Hommes que du côté du travail, dans une recherche permanente d'un équilibre dynamique et ouvert entre ces deux pôles. Cela implique en outre l'existence d'une capacité d'adaptation face à laquelle les machines et la technique apparaissent insuffisantes. C'est pourquoi Dejours (2000) considère que le travail est foncièrement « humain » (p.228) et qu'il relève à la fois de l'égo, d'autrui et du réel.



### 1.1 Un concept fondé sur un triple rapport à soi, aux autres et au réel...

Commençons ici par indiquer que le travail est un concept qui a toujours fait débat au sein de la communauté scientifique où s'opposent différentes opinions sur celui-ci. Ainsi, alors que certains déclarent aujourd'hui sa fin en tant qu'idéologie identitaire majeure, d'autres considèrent au contraire qu'il reste encore le vecteur principal de la cohésion et de la reconnaissance sociale, participant activement à la construction d'un accomplissement de soi. En tout état de cause, Lhuilier (dans Barus-Michel et al, 2002) estime que ce terme possède un double caractère fondé sur « un rapport universel et ambivalent entre l'Homme et la nature en tant que support de rapports sociaux » (p.275). Issu étymologiquement du latin *tripalium* qui désignait dans l'antiquité un instrument de torture, le travail a en effet pendant longtemps été associé à l'état physique et psychologique d'une personne en souffrance. Aussi, bien que le sens ait beaucoup évolué, il semble que cette dimension de contrainte perdure encore à travers la notion d'effort, selon l'idée qu'il ne peut y avoir de travail sans que l'activité qu'il implique ne s'appuie sur une mobilisation d'énergie orientée vers un but (Lhuilier). Suivant cette logique, toute activité ne peut donc être uniquement solitaire et viser une satisfaction de désirs individuels, au sens où chaque but personnel prend place au sein de buts plus collectifs qui nécessitent de travailler avec les autres. De ce fait, le travail renvoie toujours à une confrontation indirecte au réel, tant en termes de rapports sociaux qu'en termes de rapports physiques, au travers la médiation d'une action réalisée par l'individu (Lhuilier). C'est pourquoi Lhuilier considère que ce concept représente « la scène où se jouent simultanément et dialectiquement le rapport à soi, le rapport à autrui et le rapport au réel. » (p.276).

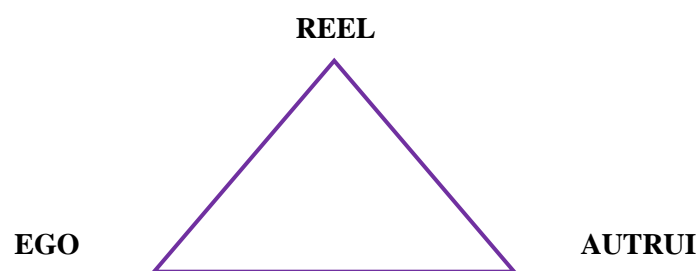


Figure 1 : Triangle de la psycho-dynamique du travail,

Reproduit à l'identique dans *Travail et usure mentale* de Dejours (2000), p.236.

Le travail relève ainsi d'un rapport à soi dans la mesure où il engage un sujet dans son être, avec ses ressources et ses capacités individuelles, mais également avec ses motivations, ses désirs et ses fantasmes plus ou moins conscients. Ainsi, chaque activité de travail conduit à la construction ou à la déconstruction de l'identité, à la fois par le biais de l'usage que les

autres veulent faire de nous, mais aussi de l'usage que l'on fait de soi-même (Lhuillier). Cette dualité d'usage de soi doit alors être mise en parallèle avec une diversité de valeurs : celles positives, d'une part, qui renvoient à une idée de création et de liberté comme source d'épanouissement de l'Homme envers la nature ; et celles négatives, d'autre part, qui relèvent quant à elles de notions d'aliénation et de contrainte comme sources de souffrance (Lhuillier). Le plaisir dépend ainsi de l'équilibre que chacun parvient à établir entre ses désirs personnels et les contraintes liées par essence à toute activité, auxquelles viennent également s'ajouter celles relatives à chaque organisation.

Le travail engage ensuite un rapport aux autres au sens où la quête identitaire débutée de façon individuelle implique nécessairement que le sujet puisse se définir et se reconnaître en confrontation à l'altérité. C'est pourquoi Lhuillier déclare que « les collectifs [...] constituent [dans ce cadre] un espace privilégié de construction identitaire par la confrontation à la similitude et à la différence des pratiques » (p.278). De plus, envisagé comme une activité sociale par excellence, il suppose une coordination et une validation avec et par les autres en tant que destinataires, co-auteurs ou prescripteurs de celle-là. Il implique en outre une organisation reposant sur la répartition des tâches et de leurs modalités de réalisation, en créant inévitablement une situation de liens entre celles qui nous reviennent et celles qui sont attribuées aux autres. Il possède par conséquent une fonction sociale essentielle car il favorise une relation à autrui, et implique des ajustements individuels pour parvenir à produire ensemble des activités efficaces et utiles.

Enfin Lhuillier considère que le travail relève d'un rapport au réel car son exercice s'accompagne toujours d'une part d'imprévisible, conduisant les Hommes à la définition de nouveaux modes opératoires au regard de normes et de règles qui apparaissent alors insuffisantes ou inadaptées. Cette inadéquation fait ainsi appel à toute l'inventivité des travailleurs, en engendrant chez eux une réévaluation de leurs représentations et de leurs modalités d'actions, afin de parvenir à dépasser la résistance identifiée.

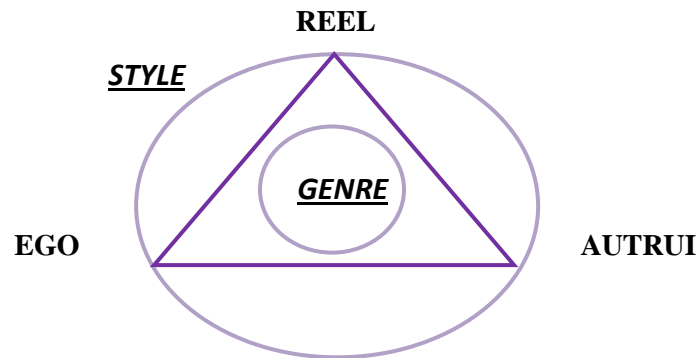
## **1.2 ... Au sein duquel l'autonomie occupe une place majeure.**

Considérer que le travail repose sur un triple rapport à soi, aux autres et au réel, c'est admettre que l'Homme évolue en interaction permanente avec son environnement, dans une recherche d'équilibre avec celui-ci. C'est également reconnaître que toute activité de travail est nécessairement investie par la subjectivité de l'individu qui la réalise, au sens où ce dernier « ne peut être conçu comme un simple système d'exécution de la tâche prescrite [car

celle-ci] s'inscrit pour lui dans son histoire de vie [...] et vise donc, par sa réalisation, des buts personnels. » (Clot, 1999, p.13-14). De ce fait les tâches prescrites, c'est-à-dire celles qui « indiquent ce qui est à faire » (Leplat dans Clot, 2008, p.209) ne sont pas toujours celles effectives. Clot (2008) considère même qu'elles ne le sont que très rarement car le travail suppose un rapport au réel qui - comme nous venons de l'évoquer - implique obligatoirement une part d'inattendu. Les travailleurs sont par conséquent quelques fois contraints de transgresser les règles établies dans l'objectif d'obtenir le résultat attendu en adaptant le formel aux spécificités informelles des situations rencontrées. De son côté, Lhuillier (dans Barus-Michel et al, 2002) va plus loin en déclarant que le travail est effectivement organisé en partie par ceux qui le réalisent, non seulement sous la contrainte des exigences du réel, mais surtout de façon volontaire pour tenter de se dégager des rapports sociaux de dépendance et de contrôle présents dans toute tâche prescrite. Cette interprétation fait alors appel à l'ingéniosité issue de l'expérience pratique des travailleurs, ce que Dejours (1995) nomme « l'intelligence de la pratique » (p.41) et que Clot (1999) identifie au travers une distinction entre le genre et le style.

Si nous nous centrons donc plus spécifiquement sur l'approche conceptuelle avancée par Clot, celui-ci définit le genre comme la manière d'appréhender les choses et les personnes dans un milieu de travail donné. De ce fait, les genres apparaissent comme multiples au sens où ils sont déterminés en fonction de l'histoire des activités rattachées à des situations de travail particulières. Composés en outre de mécanismes subjectifs individuels, ainsi que d'instruments sociaux pouvant prendre la forme de règles d'usages et/ou d'échanges impersonnels, ils semblent relever d'une notion de culture professionnelle au sens où ils contiennent des lois implicites et impalpables (Clot). C'est pourquoi leur identification nécessite un effort particulier de la part des travailleurs dans l'objectif de parvenir à expliciter leurs pratiques quotidiennes. Quant au style, celui-ci renvoie à la façon dont chaque professionnel s'insère dans un genre, en s'attachant à respecter les règles implicites qui y sont liées, tout en prenant une certaine distance avec elles afin de s'affirmer en tant qu'individu singulier. De ce fait, « le style dégage ou libère le professionnel du genre, non pas contre lui, mais grâce à lui, en usant de ses variantes » (Clot, p.33) pour transformer les contraintes du métier en ressources personnelles. Et Clot d'ajouter que la création stylistique repose sur une triple nécessité : celle de posséder une relative autonomie dans son travail ; celle de connaître plusieurs genres ; mais aussi celle de se connaître soi-même, pour savoir où aller chercher les ressources permettant de s'approprier le genre dans l'action, et ainsi de parvenir à s'épanouir

par l'affirmation de sa créativité. Si nous faisons donc le parallèle avec notre triangle de la psycho-dynamique du travail présenté ci-dessus, il semble que le genre vienne s'y inscrire à l'intérieur, alors que le style se situe davantage à l'extérieur, en tant qu'innovation faisant appel à d'autres ressources que celles déjà présentes dans l'organisation du travail :



*Figure 2 : Style et genre en psycho-dynamique du travail,*

Inspiré du schéma de Dejours (2000) dans *Travail et usures mentales*, p 236.

Par conséquent, qu'il soit contraint ou pleinement volontaire, l'écart constaté entre la tâche prescrite et la tâche réelle fait apparaître le travail comme un lieu par excellence d'affirmation d'une autonomie concrète des individus, et cela quand bien même il existe des obstacles particulièrement ardues sur le chemin. Dans ce cadre, Habert (dans Jouan et Laugier, 2009) explique alors que l'autonomie, en tant que réalisation de soi, ne s'effectue que dans un environnement au sein duquel le sujet dispose de capacités d'initiatives lui permettant d'affirmer son individualité au regard de normes hiérarchiques imposées. C'est ainsi uniquement grâce à cette liberté de pratique d'actions, acquise pour une part et octroyée pour une autre au regard de l'environnement et d'autrui, que l'équilibre entre les désirs individuels et les activités de travail parvient à être préservé pour tendre vers un épanouissement personnel.

## ***2. Mieux comprendre les risques psychosociaux pour une plus grande qualité de vie au travail.***

La prise en compte des éléments que nous venons d'aborder sur la relation ambivalente qui relie l'Homme au travail nous conduit à nous demander quelles peuvent être les conséquences, pour l'individu, d'une impossibilité à développer dans ses activités la part d'autonomie nécessaire pour une construction identitaire *équilibrée*. Suivant la logique de raisonnement débutée par Lhuillier, Clot, Dejours et Habert, le travailleur se retrouve alors en souffrance psychologique du fait qu'il ne puisse exprimer ses désirs individuels au travers son

action. Est-ce donc ce phénomène que tente de désigner l'expression aujourd'hui hégémonique des risques psychosociaux ?

## 2.1 Que se cache-t-il derrière la notion des risques psychosociaux ?

Pour Combalbert (2010), le travail est une rencontre entre un individu et une entreprise. Il naît de ce fait une véritable relation d'équilibre entre la structure où se déploie l'activité de travail – l'environnement - et le travailleur en lui-même – l'Homme -. Or lorsque l'organisation et les conditions liées à cet environnement deviennent fragiles et complexes, l'équilibre devient à son tour plus précaire. L'individu doit dans ce cas avoir recours à des stratégies d'adaptations, visant à préserver ou retrouver l'équilibre initial, afin de continuer à s'épanouir dans la réalisation de ses activités. La difficulté réside alors dans le fait que ces stratégies d'ordres psychologiques et sociales apparaissent comme extrêmement coûteuses en termes d'énergie (Combalbert). Elles provoquent ainsi une fatigue à la fois physique et mentale dans la mesure où, comme le rappelle Dejourn (2000), « la vie psychique est aussi un étage d'intégration du fonctionnement des différents organes » (p.184). De plus, elles ne permettent d'établir qu'un équilibre précoce et trompeur, reposant en réalité sur une répression de ses besoins propres, pour finir par intégrer comme siens ceux imposés par l'organisation du travail. Dejourn parle dans ce cas d'aliénation culturelle, sociale ou mentale.

Plusieurs risques liés à ce déséquilibre psychosocial ont alors été identifiés au cours des dernières décennies pour être progressivement réunis sous le terme de risques psychosociaux (RPS), et ainsi se définir aujourd'hui comme : « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions de l'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. » (Collège d'expertise sur les RPS au travail cité par Lamy, 2013, p.31). Combalbert (2010) considère dans ce cadre que ces risques se comptent principalement au nombre de trois. Il s'agit d'abord du stress qui survient justement « lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement, et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face » (ANI sur le stress au travail d'octobre 2014 cité dans Combalbert, p.18). Dubourd (dans Colombat et al, 2012) y relève dès lors plusieurs causes : soit la personne est confrontée à un événement totalement imprévu et n'a pas la capacité de le gérer ; soit elle est confrontée à de nombreux éléments sans liens les uns avec les autres, et dans ce cas ne peut accorder suffisamment d'attention à chacun ; ou bien elle cumule les deux causes précédentes, faisant augmenter son état de tension psychologique. S'ajoute ensuite un risque de harcèlement moral et/ou sexuel défini comme « des agissements répétés, qui ont

pour effet une forte dégradation des conditions de travail de l'employé, et qui portent atteinte à ses droits et à sa dignité ; ou altère sa santé physique ou mentale ; ou compromet son avenir professionnel. » (Ministère de la Justice, 2013). Enfin le troisième de ces risques est celui de la violence physique et/ou verbale, qu'elle soit collective ou individuelle

Le Collège d'expertise de suivi des RPS (2007) a en outre regroupé en six catégories les facteurs susceptibles de générer des troubles psychosociaux chez les individus. Celles-ci sont : des exigences de travail relatives à une notion de prescription qualitative et quantitative difficile à suivre ; des exigences émotionnelles renvoyant au fait d'effectuer un travail de régulation de ces émotions pour créer une apparence posturale exigée ; une absence d'autonomie et de marge de manœuvre laissée aux individus pour accomplir les tâches qui leurs sont demandées ; des rapports sociaux relevant de relations de travail conflictuelles et se déroulant dans un climat de défiance ; des conflits de valeurs liés à une potentielle inadéquation entre l'obligation de travailler d'une certaine façon et sa conscience professionnelle ; et enfin une insécurité d'emploi.

Aussi, pour d'éviter que les individus soient confrontés aux RPS et qu'ils tendent vers des pathologies d'origines psychosociales telles que le burn-out – connu aussi sous le nom d'épuisement professionnel –, il est de la responsabilité de tous de ne pas attendre que l'environnement se dégrade en veillant à influencer positivement sur les facteurs énoncés ci-dessus (Collège d'expertise de suivi des RPS).

## 2.2 D'une typologie des approches préventives à une qualité de vie au travail.

Afin de parvenir à préserver un environnement de travail propice à l'épanouissement personnel de chaque salarié, une notion apparaît aujourd'hui comme primordiale : celle de la prévention. Dans ce cadre, Murphy (cité dans Durand<sup>6</sup>) identifie un nivelé de plusieurs types de préventions en matière de santé au travail. Il s'agit respectivement des niveaux primaire, secondaire et tertiaire, qui font individuellement appel à des démarches et des actions spécifiques leurs conférant des caractères plutôt préventifs, correctifs ou curatifs.

Ainsi, le niveau tertiaire est celui le plus orienté vers le curatif au sens où il prend place dans une démarche fortement individualisée, et repose sur des interventions auprès de personnes identifiées comme étant déjà en situation de souffrance au travail. Les actions développées dans ce cadre relèvent alors principalement d'un soutien médical et/ou

<sup>6</sup> Document relatif à un projet de thèse actuellement en cours de réalisation dans la région Languedoc-Roussillon. Transmis en interne dans le cadre de notre mission de stage.

psychologique, et aspirent à sortir d'une situation de crise afin que l'environnement redevienne acceptable (Combalbert, 2010).

Vient ensuite le niveau secondaire, tourné plutôt vers le correctif, dont l'objectif annoncé est de « renforcer la résistance individuelle des salariés face à des situations de travail stressantes, de soulager les symptômes, de les aider à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation face aux facteurs des RPS afin qu'ils s'en préservent » (Durand, p.6). De ce fait, il implique une manifestation préalable de symptômes collectifs et/ou individuels de mal-être au travail qui nécessite d'opérer certains changements afin que la situation ne se dégrade pas d'avantage, voir même qu'elle puisse s'améliorer (Combalbert, 2010).

Enfin le troisième et dernier niveau - le niveau primaire – s'inscrit quant à lui dans une démarche principalement collective, et vise à agir directement sur les facteurs de risques psychosociaux en les abordant à leurs sources. Il comprend par conséquent une majorité d'actions préventives d'informations, de formations et d'évaluations qui permettent une identification des risques potentiellement dangereux pour la santé psychologique, et cela avant-même leurs apparitions.

Selon Fond National de Prévention (2013), l'objectif à terme est ainsi de passer progressivement d'une approche curative – niveau tertiaire – à une approche pleinement préventive – niveau primaire - afin de favoriser une qualité de vie au travail pour tous. En effet, les travaux initiés par Laflamme (cité par Colombat et al, 2012) dans les années 1960 ont permis de considérer qu'une prise en compte des besoins des professionnels peut à la fois faire augmenter la performance des organisations, tout au contribuant au bien-être des salariés. Aussi dans un contexte économique difficile tel que l'est aujourd'hui le nôtre, le concept de qualité de vie au travail apparaît comme l'une des solutions majeures en termes de performance pour les employeurs. Cela revient par conséquent à développer l'épanouissement personnel des individus suivant l'idée que le bien-être se présente à la fois comme un but et comme un moyen de productivité (Combalbert, 2010).

Pour ce faire, Lachmann, Larose et Penicaud (n.d) recommandent une réorganisation des modes de management et des conditions de vie sociale au sein des entreprises, dans l'objectif de permettre l'émergence d'un nouvel équilibre intégrant à la fois performance économique et performance sociale. En effet, « si l'entreprise ne fait pas toujours partie du problème, elle fait toujours partie des solutions. » (p.3). Plusieurs modalités d'actions relevant de l'organisation du travail sont alors mises en avant pour favoriser une qualité de vie chez l'ensemble des salariés. Il s'agit entre autre des démarches par projets, du management participatif ou encore

de la formation en interne. Toutefois Gershon et al, (cité par Brunault, Fouquereau et Gillet dans Colombat et al, 2012) mettent en garde sur le fait que ce concept dépend directement de la subjectivité des individus, et implique ainsi en partie des caractéristiques individuelles telles que la personnalité ou les valeurs portées par chacun.

### **3. Quelques données psychologiques à prendre en compte.**

C'est au regard de ces derniers propos que nous avons estimé pertinent de s'attacher à savoir dans quelles mesures les caractéristiques individuelles évoquées par Gershon et al peuvent jouer sur la façon dont chaque individu perçoit sa qualité de vie au travail. Dans ce cadre, plusieurs éléments d'ordres psychologiques ont alors été identifiés comme facteurs d'influences de la subjectivité. Il s'agit, d'une part, des traits de caractère, d'autre part, de l'éthique ; et pour finir du rapport au changement.

#### **3.1 L'implication de la personnalité des travailleurs.**

Si nous suivons les propos avancés par Barruel (dans Colombat et al, 2012), les Hommes ne sont ainsi pas tous égaux devant une ouverture psychologique. Celle-ci dépend en effet de plusieurs éléments dont certains sont liés à la culture professionnelle et à la culture générale ; d'autres à l'histoire de vie ; et d'autres encore à la personnalité et au fonctionnement psychique. Aussi, alors que les deux premiers relèvent d'une dimension que nous qualifierons d'interne-externe au sens où ils renvoient à la relation que chacun développe avec son environnement tout au long de sa vie, le dernier évoque quant à lui une dimension d'avantage interne dans la mesure où il est lié à des caractéristiques détenues dès la naissance, avant même que toute activité sociale n'ait pu avoir lieu. En ce sens, chaque individu arrive au monde avec un certain nombre de traits de caractères qui le définissent en comparaison à ceux que possèdent les autres.

Dans ce cadre, Rice (cité par Bonmati dans Ardouin et al, 2009) a mis en avant toute une typologie de la personnalité des employés qui permet « de comprendre et d'expliquer les choix professionnel, la façon dont les individus perçoivent leurs expériences de travail, l'intérêt et la satisfaction au travail, les façons d'apprendre les rôles professionnels et les réactions typiques face à des difficultés rencontrées au travail » (p.68). Ainsi d'après ce modèle, deux grands traits de personnalité déterminent les comportements au travail. Il s'agit d'un côté de l'internalité/externalité ; et de l'autre côté de la confiance/méfiance. L'internalité correspond alors plus précisément à un individu qui a tendance à croire que ce qui lui arrive dépend directement de lui-même, suivant l'idée qu'il peut obtenir ce qu'il veut s'il fait ce



qu'il faut. A l'inverse, l'externalité désigne une personne qui est persuadé qu'elle n'a aucun pouvoir d'action sur sa vie, puisque celle-ci est exclusivement dirigée par des facteurs extérieurs tels que l'organisation du travail, la société dans laquelle elle vit, ou bien encore la chance. Quant à la confiance, celle-ci relève d'un rapport aux autres positif au sens où elle renvoie à une relation envisagée sur des critères d'honnêteté, d'écoute, de compréhension et de collaboration. A l'opposé s'inscrit donc la méfiance comme rapport aux autres négatif qui consiste à se considérer naturellement entouré de personnes malhonnêtes, égoïstes, et prêtes à exploiter les moindres faiblesses individuelles. Aussi cette dichotomie permet d'identifier quatre grands types de personnalités d'employés, selon les tableaux suivants :

<b>Interne – confiant (IC)</b>	<b>Interne – méfiant (IM)</b>
Le gestionnaire interne confiant est attiré par une entreprise dynamique, peu bureaucratisée, où il peut relever des défis intéressants et porteurs, avec des personnalités enjouées. Il est en général satisfait de son emploi et des conditions de travail. Il vient travailler avec plaisir, est en accord avec lui-même et se sent participer à la vie de l'entreprise.	Le gestionnaire interne méfiant est plutôt attiré par les entreprises prestigieuses et par les postes qui vont lui permettre de gravir rapidement la hiérarchie vers les emplois les plus gratifiants. Il est pétri d'ambition et voue son énergie à faire progresser sa carrière sans se préoccuper vraiment des autres, ni même de l'organisation.

<b>Externe – confiant (EC)</b>	<b>Externe – méfiant (EM)</b>
Le gestionnaire externe confiant est attiré par des emplois subalternes, où l'employeur lui dira que faire, où il sera considéré comme une « courroie de transmission ».	Le gestionnaire externe méfiant est attiré par la misère sociale de l'entreprise et par l'exemple qui lui permettra de trouver des disciplines pour servir ses causes. Il a l'impression de faire des choses qui sont à l'encontre de ses opinions et qu'il manque notoirement de moyens pour accomplir les tâches qu'on veut bien lui confier. Son supérieur hiérarchique est injuste, tire profit de son travail. Il est souvent en conflit avec les autres et s'entoure d'une escouade de personnes loyales et sincères, qui partagent sa cause.

*Figure 3 : La typologie des employés,*

Reproduit à l'identique dans *Ressources humaines à l'Hôpital* d'Ardouin et al. (2009), p.68.

Précisons néanmoins ici que cette typologie s'attache seulement à définir les personnalités se situant aux extrémités des axes antérieurement présentés. Par conséquent, il existe toute une palette de nuances placée entre ces quatre pôles.

### 3.2 Le rôle de l'éthique : focus sur le *care*.

Dans ce cadre, notons d'abord que l'émergence de la question de l'éthique dans les entreprises est assez récente, et qu'elle occupe aujourd'hui une place importante. Claude (1998) estime en outre que cette préoccupation est directement liée au fait que la société demande toujours plus aux individus d'être pleinement responsables, non seulement d'eux-mêmes, mais également de la réussite de leur structure de travail. De ce fait, chacun est désormais fortement invité à se remettre régulièrement en question dans l'objectif de se construire un projet qui puisse correspondre, à la fois à ses propres aspirations, mais aussi à celles de son entreprise.

Aussi selon Claude, l'éthique est différente de la morale dans la mesure où la première dépasse la dichotomie du bien et du mal de la seconde pour s'orienter d'avantage vers une recherche de développement individuel qui puisse mener à une vie heureuse et épanouie. Elle repose par conséquent sur « une démarche de réflexion personnelle et pragmatique, qui permet d'orienter son action, de faire des choix et d'agir en conséquence » (p.56), et cela au regard de trois principaux aspects : le rapport éthique à soi et l'estime de soi, développé par une réflexion individuelle sur ses actions et leurs valeurs ; le rapport éthique aux autres et la confiance, reposant sur une réflexion cette fois-ci orientée vers sa conduite envers les autres ; et enfin le rapport éthique à l'entreprise et le sens, relevant d'une adéquation entre le projet personnel et le projet de l'entreprise comme condition de motivation de l'individu au sein du collectif (Claude). L'ensemble de ces considérations conduisent ainsi Claude à définir l'éthique en situation de travail comme « une action qui consiste [...] à construire et améliorer son rapport à soi, aux autres et à l'entreprise, dans une perspective de développement personnel et collectif (Claude, p.60), faisant un écho direct aux éléments théoriques abordés au début de ce chapitre.

Si nous réalisons à présent un parallèle avec le professionnel qui nous préoccupe ici, à savoir le cadre de santé, il semble que celui-ci soit particulièrement concerné par une dimension spécifique de l'éthique : celle du *care*. Dérivé en effet directement du verbe anglo-saxon *to care* signifiant *prendre soin de*, cette dernière concerne essentiellement des individus dont l'activité de travail vise à apporter une réponse concrète au besoin d'autonomie physique et/ou mental d'autrui, suivant une double volonté de bien-être individuel et de préservation des relations humaines (Tronto cité dans Molinier et al, 2009). Elle implique en outre une sensibilité importante à la dimension d'expérience, et cela tant au regard des pratiques en action que des émotions qui y sont liées (Molinier et al). C'est pourquoi Murdoch considère

que l'éthique du *care* est visible, non pas dans ce que fait la personne, mais dans le comment elle l'exprime, c'est-à-dire dans sa « texture d'être » (p.24) qui témoigne simultanément de traits de personnalités et de certaines valeurs portées. Toutefois l'auteur avertit sur le fait que plus les professionnels qui réalisent un travail de *care* ont de l'expérience, moins ils sont en mesure de discerner, pour eux-mêmes comme pour leurs collègues, la complexité de leur travail. Par ailleurs, il existerait une véritable difficulté à mettre en mots les contenus expérientiels du *care* du fait qu'ils soient à la fois impliqués dans des dimensions intellectuelle, physique et émotionnelle. C'est pourquoi la mise en place d'espace-temps d'échanges d'expériences entre professionnels novices et expérimentés nous semble important pour favoriser l'expression des pratiques quotidiennes.

### 3.3 Le rapport au changement situé entre angoisse et dynamique d'action.

La dernière donnée psychologique sur laquelle nous avons choisi de nous arrêter en tant que facteur d'influence de la relation qui relie l'Homme au travail - et donc avec elle de la dimension de qualité de vie au travail - est celle du rapport au changement. Dans ce cadre, rappelons que la Fonction Publique Hospitalière est aujourd'hui fortement encouragée à s'aligner sur le fonctionnement concurrentiel du marché privé, au sein duquel perdurent de nombreuses menaces physiques et virtuelles (Claude, 1998). Ce nouveau mode de gestion pousse ainsi les établissements de santé à devoir faire face à une succession de changements et de pressions diverses, à la fois internes mais aussi externes, les conduisant à une position d'interface dans laquelle la prise en compte de la subjectivité des agents apparaît comme un soutien majeur. En effet, Claude (1998) considère que nous sommes passés d'une réalité de structure où la planification était relativement réalisable, à une réalité de système au sein de laquelle l'existence d'une part d'incertitude pousse les organisations à s'appuyer de plus en plus sur l'expérience des employés.

Si l'on suit par ailleurs la typologie des changements entre l'Homme et son environnement avancée par Bateson (cité par Maurice, 2012), il semble que la majorité de ceux dont fait l'objet la FPH relève davantage du second type que du premier, au sens où ils correspondent à « des changements en profondeur qui visent à modifier le cadre logique pour une recherche de nouvel équilibre » et non uniquement à « des changements d'adaptation ou de régulation qui vise à amoindrir ou amplifier un comportement dans un maintien d'équilibre » (p.75). Les multiples remaniements engagés dans les réformes engendrent de ce fait une véritable perte des repères individuels, conduisant à des situations de stagnations perçues comme extrêmement angoissantes, voir même nettement menaçantes par les agents.

Ces moments de vie confus sont alors le plus souvent le point de départ de périodes de transitions que Boutinet (2009) définit comme « une organisation temporelle [...] comportant une origine et une fin plus ou moins flou [et opérant] un changement, voulu ou non, par rapport à ce qui se passait auparavant. (p.226). Aussi selon Dupuy et Le Blanc (2001), toute transition s'inscrit dans un processus axiologique reposant sur la combinaison de logiques de scission, d'élimination et de conservation de valeurs, entraînant ainsi « une réorganisation des rapports que les sujets entretiennent avec eux-mêmes, avec autrui [et] avec leurs milieux de socialisation » (p.5). C'est pourquoi il s'agit d'un temps qui génère des changements, non seulement socio-économiques, mais aussi – voir surtout – identitaires.

Dans ce cadre, Paulhan (1992) considère que la stratégie psychologique dite de *coping* joue un rôle essentiel dans toute période de transition. Envisagée en effet comme « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (p.545), elle vise à rétablir l'équilibre initialement rompu entre l'Homme et son environnement afin de ne pas tomber dans une situation de crise, c'est-à-dire dans une période de transition imposée et non anticipée conduisant à une perte totale du sens de la direction. (Boutinet, 1995).

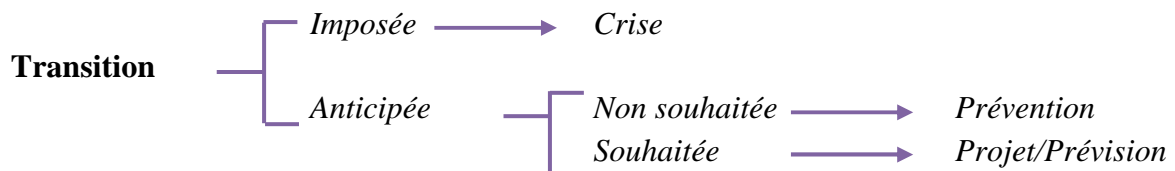


Figure 4 : Les différentes transitions,

Reproduit à l'identique dans *Psychologique de la vie adulte* de Boutinet. (1995), p.57.

Cependant Boutinet estime que ces stratégies psychologiques dépendent également des ressources que peut offrir l'environnement, notamment en termes de soutien social. C'est pourquoi il recommande vivement à ce que les changements soient élaborés conjointement entre la direction et les employés afin qu'ils puissent être compris par tous, et par conséquent qu'ils soient abordés plus sereinement. Plusieurs stratégies sont pour cela envisageables – autoritaire, de persuasion, de négociation –, mais il semble que celle qualifiée de participative soit la plus adaptée car « elle intègre dès le départ tous les acteurs du changement, en consultant et soumettant à des décisions collectives les différents stades du projet » (Ardouin et al, 2009, p.95-96), et en limitant ainsi le coût psychique et psychologique d'une adaptation.

### CHAPITRE 3 – MANAGE, MANAGER, MAIS QU'EST-CE AU JUSTE QUE LE MANAGEMENT ?

*« Les managers sont les premiers acteurs à affronter les changements, les réformes et toutes les évolutions génératrices de tensions et de stress. »*

(Colombat et al, 2012, p.19)

Comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, le travail est un concept avec lequel les Hommes ont toujours entretenu dans leur Histoire un rapport très particulier situé entre souffrance physique et psychologique d'une part, et épanouissement personnel d'autre part. En tout état de cause, le travail se voit aujourd'hui investi d'une dimension expérientielle - voir-même existentielle – de qualité de vie absolument majeure, afin de parvenir à allier performances économiques et performance humaine au travers une pleine reconnaissance des subjectivités individuelles. A l'égard de ces éléments, cherchons donc maintenant à approfondir l'une des principales fonctions de travail du cadre de santé, à savoir le management. Puis attachons-nous à présenter deux conceptions différentes du management qui peuvent, chacune à leur niveau, participer à une plus grande qualité de vie au travail.

#### **1. Une fonction professionnelle omniprésente.**

Qui n'a jamais aujourd'hui entendu parler du management et de ses managers ? En témoignent le nombre croissant de diplômes et de certifications qui contiennent ces termes dans leurs intitulés. De ce fait, un œil profane pourrait facilement penser qu'il ne s'agit que d'une mode supplémentaire. Néanmoins, le management est une fonction professionnelle bien particulière qui implique de nombreuses problématiques pour l'individu qui l'exerce.

##### **1.1 Approche paradigmatique du management.**

Récemment, Cristol (dans Bonnet et al. 2010) s'est attaché à relever sur un moteur de recherche web les tendances en termes de vocabulaire relatif aux fonctions professionnelles d'encadrement. Il a ainsi pu constater un nombre d'occurrences extrêmement important des mots à racine *mang\**, témoignant selon lui d'un envahissement d'une notion de *management*, et cela bien au-delà du champ strict de l'entreprise. Par conséquent, il semble que *le cadre* se voit désormais supplanté par *le manager*, suivant l'idée que les premiers représentent « la vieille entreprise à réformer [alors que les seconds apparaissent] comme les nouvelles figures exemplaires destinées à les remplacer. » (Boltanski et Chiappelo dans Bonnet et al, p.39). Mais qu'est-ce au juste qu'un manager au regard d'une telle profusion d'usages ?

Etymologiquement, le terme de *manager* est issu de l'Italien *maneggiare*, lui-même dérivé du latin *manus*, la *main*. Mais il est également possible de voir au travers ce terme l'emploi du substantif masculin *ménage*, du verbe *ménager*, qui signifiait en vieux français *l'action de gérer une maison ou une propriété*. C'est ainsi à partir de ces différentes origines sémantiques que Michaud (2013) envisage le management comme le fait de « gérer un ensemble de ressources et de moyens matériel et humain dans un environnement complexe pour permettre à la communauté de bien vivre. » (p.28). Renvoyant en outre à un travail d'encadrement qui consiste d'avantage à *faire faire* les choses en prenant un « ensemble de décisions interdépendantes afin de fixer le cadre des actions futures » (Simon cité par Cambon, dans Le Saout et Saulnier, 2002, p.165), le management est une fonction professionnelle qui implique aujourd'hui une grande part d'incertitude et de tensions au regard d'un contexte socio-économique difficile, guidé par des mutations technologiques permanentes et une concurrence mondiale accrue.

Dans cette situation, l'objectif premier pour le manager est alors de répondre à ce qui est imprévu, c'est-à-dire de résoudre les problèmes survenant au sein de sa structure de travail, tout en d'attachant à accompagner les innovations et les changements auprès des personnels qu'il encadre (De Singly, 2009). Placé « en première ligne pour assurer la performance économique, sociale et environnementale » (p.9), il se retrouve par conséquent à devoir faire face à de multiples contradictions dont il a néanmoins l'obligation de satisfaction. Cette tension apparaît d'ailleurs encore plus importante dans le secteur de la FPH du fait que le manager est également responsable de la modernisation de l'Institution, en se faisant le relais d'une notion de performance qui était jusque-là bien loin de la culture professionnelle initiale. C'est pour l'ensemble de ces raisons que Bertrand (2011) considère aujourd'hui le management comme « un métier impossible » (Michaud, 2013, p.99) qui nécessite d'importantes capacités relationnelles et communicationnelles pour une plus grande efficience de l'organisation.

Aussi, De Singly (2009) nous indique que la personnalité du manager joue un rôle primordial dans la façon dont il assume sa fonction d'encadrement. En effet, n'ayant pour autonomie que celle de décider des modalités d'organisation dont il souhaite avoir recours pour accomplir les tâches qui lui sont imposées, le manager a de ce fait la possibilité de poser sa propre touche personnelle dans l'application des décisions. Il peut également adapter ces dernières en fonction des personnels – et de leurs personnalités – qu'il a en face de lui. Par conséquent, les styles de management sont multiples, mais Dubourg (dans Colombat et al,

2012) en identifie quant à lui seulement quatre qu'il estime relever d'un encadrement basé sur une perspective humaniste. Il s'agit du style directif, renvoyant à un mode de décision centralisé sur le responsable, où l'objectif est une efficacité immédiate favorisant un traitement dans l'urgence ; du style persuasif qui, dans la lignée du style précédent, repose sur un responsable qui décide et contrôle tous, mais dont l'encadrement est basé sur un mode relationnel plus convivial ; du style participatif, où la prise de décision finale revient ici au manager mais dont l'émergence de solutions se fait en équipe, par confrontation de points de vue ; et enfin du style délégatif, au sein duquel c'est cette fois-ci l'équipe qui décide et contrôle, alors que le manager a pour rôle de susciter la créativité et l'initiative. Aussi selon Tisser (cité par Gatto, 2007), « aucun style de management n'est à priori bon ou mauvais ». L'efficacité provient du discernement avec lequel le manager choisit de l'exercer et du talent avec lequel il le met en œuvre. » (p.17).

C'est pourquoi il nous apparaît essentiel que chaque manager puisse développer, au sein même de son organisation du travail, une connaissance de soi et de ses collègues. Or, Bonnet et al. (2010) nous souligne que, paradoxalement, « jamais sans doute n'a-t-on autant eu besoin de communiquer dans nos organisations [...] et jamais n'a-t-on autant réduit les temps et les espaces permettant de le faire. » (p.31)

### 1.2 L'implication de la notion de proximité chez le manager intermédiaire : parallèle avec le cadre de santé.

Bien que sa catégorie professionnelle ne semble pas posséder une visibilité sociale telle que peut l'avoir le manager dans le secteur privé, il n'empêche que le cadre de santé, en tant que personnel encadrant du secteur public, participe lui-aussi activement aux changements dont est l'objet la FPH. En effet, s'étant construit en rapport à la double ligne d'autorité qui gouverne les Hôpitaux - à savoir l'administration et les médecins -, le cadre a aujourd'hui pour responsabilité de prendre pleinement part aux logiques de gestion technique, administrative et de soins dont sont soumis les établissements de santé. (Scheweyer, 2013). De ce fait, Bourret (2007) estime que sa mission principale est celle d'articuler l'ensemble de ces domaines de gestion avec l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans les équipes médicale, de direction, ou de soins. Cela relève ainsi d'un véritable travail de traduction et d'interprétation entre un caractère général et abstrait issu des demandes de la direction, et des situations singulières locales dans lesquelles travaillent quotidiennement les personnels de terrain (De Singly, 2009). En outre, cette position d'*intermédiaire* ou de *pivot* semble placer le cadre au cœur de situations paradoxales du fait qu'il doive, d'un côté, montrer à sa hiérarchie



qu'il relaie les changements exigés, tout au faisant face, de l'autre côté, aux réticences des personnels qui composent son équipe de soins. C'est pourquoi « beaucoup de cadres de santé ont aujourd'hui le sentiment de travailler dans un « entre-deux » » (Scheweyer, 2013,p.18).

Malherbe (dans Le Saout et Saulnier, 2002) considère quant à lui que ce contexte professionnel conduit le manager intermédiaire à devenir un acteur de « bouleversement de valeurs et de normes », chargé de relayer les évolutions sans pour autant avoir plus de soutiens et de moyens de la part de sa hiérarchie. C'est donc directement au cadre-manager qu'il revient de développer des stratégies d'adaptation, voir même de négociation, visant à ce que son équipe perçoive l'intérêt de changer de pratiques pour répondre aux nouvelles exigences de la direction. Pour ce faire, il semble qu'une prise en compte du sens donné par chaque professionnel à son travail ainsi que des difficiles éthiques pouvant émerger dans certaines situations soient nécessaires (Scheweyer, 2013). L'objectif, à terme, est alors non seulement de parvenir à faire appliquer les impératifs de la hiérarchie, mais que ceux-ci soient aussi pleinement intégrés et compris par les personnels.

Cette dimension de communication occupant une large place dans le management intermédiaire se compose alors d'un travail peu visible et difficilement démontrable, d'où l'impression que celui-ci est souvent inachevé, parfois-même inexistant. Elle implique en outre pour le cadre de santé une dimension de proximité entendue comme « l'encadrement des personnels au quotidien et de manière directe » (De Singly, 2009), qui repose sur l'entretien d'un lien particulier avec l'équipe de soins : d'abord selon une dimension spatiale à travers une présence visible et animée ; puis selon une dimension sociale relevant de l'utilisation d'un vocabulaire commun et porteur de certaines valeurs (Tissot, 2013). Ainsi selon Tissot, la proximité se cultive et demande beaucoup d'énergie car elle nécessite de faire des choix situés entre rationalité du management et affect. Toutefois, l'auteur met en garde sur le côté émotionnel du métier, et invite le cadre de santé à établir une stratégie afin de parvenir à maintenir une certaine distance nécessaire à la bonne conduite de ses responsabilités.

Si nous faisons donc le parallèle avec les deux positionnements majeurs du cadre de santé identifiés par De Singly (2009), il reviendrait à ce dernier d'être d'avantage *stratège* en s'attachant à inventer du changement dans l'organisation du travail, plutôt qu'*exécutant* suivant une gestion des dossiers et de l'équipe dans un rapport très fort à l'ancien métier de soignant. Cependant Barel (dans Le Saout et Saulnier, 2002) estime que cette distinction



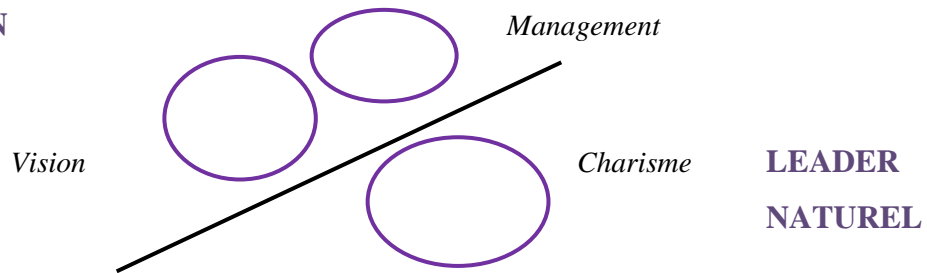
importe peu car les organisations recherchent désormais avant tout un véritable leader en tant qu'individu charismatique capable de changer *naturellement* les représentations et les comportements de ses collègues.

### 1.3 Leadership et charisme : des leviers importants pour manager.

L'étude qui a été menée par Petit (2009) auprès des tops managers a permis de mettre en avant le fait que le leadership apparaisse aujourd'hui comme l'une des composantes essentielles à tout bon manager. Décrit comme une réalité individuelle liée à la personnalité et aux compétences interpersonnelles du professionnel dit *leader*, cette vision place par conséquent les compétences d'ordres techniques et la position hiérarchique après celles communicationnelles. Le leadership comprendrait dès lors une part « de légitimité à être (avoir été) un manager opérationnel reconnu comme très bon. » (p.14). De ce fait, il existerait d'une part, le leader comme porteur d'un changement associé à une performance hors norme ; et d'autre part, le manager comme gestionnaire qui assure l'atteinte des objectifs et la continuité des projets (Petit, 2009).

L'ensemble de ces éléments conduit ainsi Petit (2009) à estimer que le leader est un manager exceptionnel, qui a quelque chose en plus, et qui est doté d'un certain nombre de traits de caractères et de *techniques* permettant d'influencer les autres. Elle identifie en outre trois termes qui semblent définir ce qu'est le leadership : il s'agit respectivement du charisme, de la vision et du management. Aussi, alors que les deux derniers sont liés aux notions de responsabilité et de gestion d'équipes qui peuvent s'apprendre en partie au travers la communication, le premier évoque quant à lui une idée de don ou d'aura qui, relevant d'une composante de la personnalité, est inné€. C'est pourquoi Toulon envisage le charisme comme « la capacité naturelle d'une personne à faire rejaillir sur les autres ce qu'elle porte en elle » (p n.d). Et Roquette (cité dans Petit, 2009) d'ajouter qu'il s'agit du nexus du leadership comme noyau « de sens irraisonnée qui a valeur de référentiel pour une communauté [...] à une époque donnée » (p.18) et qui, en tant qu'entité symbolique, est fondée sur la prédominance du sentiment au regard d'une argumentation rationnelle. Par conséquent, il existerait une distinction entre les leaders charismatiques naturels ; et les autres managers qui peuvent toutefois devenir leaders en travaillant sur leur vision et leur management. Le schéma suivant nous est alors apparu comme particulièrement pertinent pour illustrer cette distinction.

**LEADER EN  
TRAVAIL**



*Figure 5 : Les trois piliers du leadership,*

Inspiré du schéma de Petit (2009) dans *Leadership : ce que pensent les top managers*, p. 23

Dans ce cadre, Maurice (2012) considère que tout manager, qu'il soit naturellement charismatique ou non, doit chercher à affirmer son leadership en prenant d'abord toute la mesure de ses responsabilités et de ses ambitions ; puis en apprenant au mieux à se connaître afin d'identifier ses talents ; et enfin en s'affirmant par l'influence et par l'action. De ce fait, une grande partie du leadership ne s'apprend qu'au contact direct du terrain, et cela tout au long de la carrière (Petit, 2009). Néanmoins, seules des situations de gestions difficiles ou de crises qui mettent à l'épreuve le manager semblent pouvoir véritablement permettre cet apprentissage puisque, selon les tops managers, « le leadership se construit ou se ressent dans l'adversité [...] impliquant une tension des valeurs qu'il faut tenir malgré les conflits » (p.25).

Aussi, deux choses nous paraissent ici importantes. D'abord il nous semble essentiel que le manager prenne le temps de réfléchir sur lui-même et sur sa pratique afin de savoir qui il est, à la fois en tant que professionnel ayant acquis des compétences particulières, mais aussi en tant qu'individu doté de traits de personnalité singuliers. Puis il doit selon nous veiller à communiquer avec ses autres collègues, et notamment avec ceux qui composent l'équipe qu'il encadre, afin non seulement de connaître ces individus, mais également de pouvoir continuer à approfondir son apprentissage de lui-même au travers le regard des autres.

## **2. Etude de différentes conceptions du management.**

Cette première approche conceptuelle du management nous a conduits à identifier l'implication de la notion de proximité chez le manager intermédiaire que représente le cadre de santé. Nous avons également pu y mettre en avant l'importance du leadership, et notamment du charisme, comme véritables leviers d'autorité naturelle pour tout encadrant d'équipes. Possédant donc les éléments théoriques nous permettant de mieux comprendre quelles sont les difficultés du management, intéressons-nous à présent à développer certains modèles qui peuvent selon nous aider à dépasser ces difficultés identifiées.

## 2.1 Vers un management responsable.

L'une des conceptions du management qui a particulièrement retenu notre attention est celle que Michaud (2013) qualifie de *responsable*. Mais pourquoi celle-ci plus qu'une autre ? Parce qu'il nous a semblé que cette notion de responsabilité est extrêmement présente chez tous les managers, et encore plus chez ceux qui ont en charge l'encadrement d'équipes.

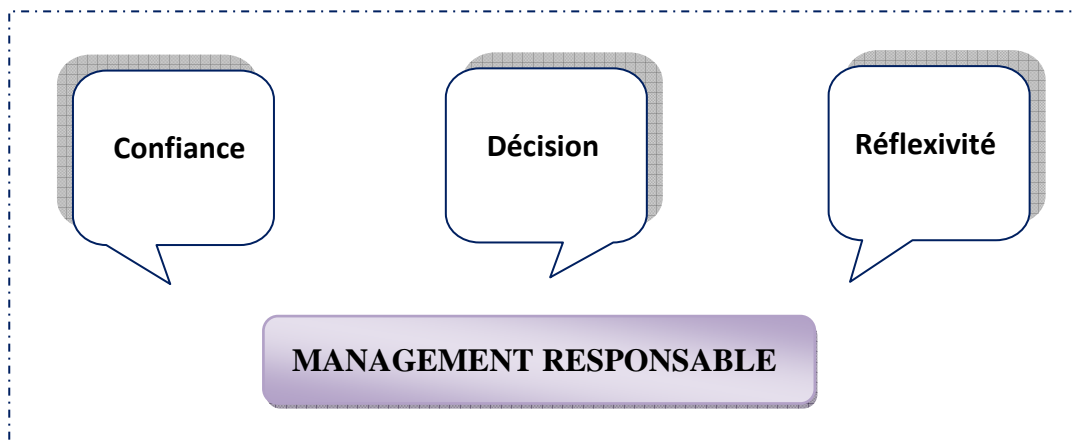
Ainsi pour Michaud, « manager est un art » (p.7) qui nécessite non seulement de prendre une décision réfléchie, mais aussi d'avoir la capacité de la mettre en œuvre dans un triple objectif de performance économique, de qualité de vie au travail des salariés, et de respect de l'environnement. C'est en effet uniquement lorsque ces conditions sont réunies que nous pouvons parler d'après lui de performance *responsable*. Dans ce cadre, les dimensions de concertation et d'écoute apparaissent alors comme primordiales selon une volonté de plus grande compréhension de la dite décision. Toutefois, la difficulté réside ici dans le fait que nous ne partageons pas tous les mêmes schèmes de représentation. Chaque entreprise fait effectivement appel à un ensemble de personnes provenant de milieux différents, appartenant à des générations diverses, ayant suivi des formations variées, et qui plus est, possédant des histoires de vie singulières. Cette multiplicité de représentations peut de ce fait être source de richesse mais également source de malentendu et de conflits. C'est pourquoi Michaud estime qu'il revient à l'ensemble des personnels encadrants de mettre en place des temps de communication et d'échanges afin de favoriser une meilleure compréhension des perceptions que peuvent avoir les employés sur une même réalité. Il s'agirait par conséquent de s'attacher à développer un nouveau type de management « soucieux des dimensions humaines [...], des enjeux sociétaux et environnementaux [...] [qui conduit] à une pratique réfléchie et réflexive » (p.24) au regard de plusieurs notions telles que la responsabilité, la confiance ou l'estime de soi.

Attachons-nous alors plus particulièrement à la dimension de responsabilité qui, d'après Michaud, constitue de nos jours une dimension très présente à travers l'idée que tout individu est pleinement capable d'assumer ses actions. Renvoyant ainsi à l'autonomie comme conception de l'humain nécessairement raisonnable, conscient et volontaire, la responsabilité relève davantage aujourd'hui de l'individu plutôt que du collectif. Mais comment parvenir à établir des mérites et des torts individuels alors que les Hommes évoluent dans des systèmes complexes, et que les organisations pour lesquelles ils travaillent prennent elles-aussi place au sein de systèmes identiques ? En réalité, Michaud explique que les individus ne sont ainsi jamais vraiment seuls à prendre des décisions car leurs actions dépendent de nombreuses

conditions. De plus, les managers qui sont pour la plupart eux-mêmes en position de managé, ne font qu'obéir à des missions qui leur sont imposées par leur hiérarchie. Leurs responsabilités relèvent donc à la fois d'un pan individuel et d'un pan collectif.

Michaud estime alors que cette situation conduit le manager à développer une grande lucidité sur les situations rencontrées afin de parvenir à déterminer le champ de responsabilité et les marges de manœuvre dont il dispose pour prendre des décisions. Aussi, pour acquérir cette capacité transversale qui consiste à savoir jusqu'où et comment s'étendent les effets de nos actions, l'auteur recommande vivement le recours à une pratique réflexive qui permet d'avancer à la fois en termes de compréhension de soi-même, mais aussi de son environnement. Cela engendre en outre une plus grande confiance en soi, et donc une plus grande confiance des autres envers soi. Néanmoins cette dernière ne se décrète pas. Elle relève du fait que l'individu ait pu réunir un certain nombre d'indices qui le conduit à penser que sa confiance sera bien placée. Il en existe dès lors deux sources principales dans les organisations (Michaud) : d'abord l'existence de normes de réciprocités entre le manager et son équipe, comme facteur de plus grande coopération ; puis l'existence de réseaux d'engagement sociaux horizontaux et verticaux, formels ou informels, permettant aux employés de coopérer en ne se sentant pas seuls.

Ainsi, le management responsable peut se schématiser de la façon suivante :



*Figure 6 : Le management responsable, inspiré du schéma de Michaud (2012)  
dans Qu'est-ce que le management responsable, 1<sup>e</sup> de couverture.*

## 2.2 Le modèle du management participatif.

Un second modèle de management pour lequel nous avons témoigné un intérêt particulier est celui du management *participatif* tel qu'il est envisagé par Colombat et al. (2012) dans un rapport étroit avec la qualité de vie au travail des personnels de santé. Ayant ainsi déjà eu l'occasion de l'évoquer succinctement au début de ce chapitre, revenons-y à présent de façon un peu plus approfondie.

Initiée par la démarche palliative, la conception du management participatif repose sur l'idée que ce n'est pas par un surabondamment de techniques que l'on améliore la qualité des soins, mais bien par l'amélioration des relations humaines comme source de plus grande qualité des pratiques. Dans ce cadre, il revient alors aux managers de permettre à l'ensemble des personnels de s'exprimer librement sur l'organisation et les pratiques de travail en leur donnant les moyens de le faire au travers la formation, la création d'espaces de paroles ou bien l'élaboration de projets d'équipes. Cette approche managériale renvoie par conséquent à reconnaître que la qualité des soins passe par une prise en compte directe des difficultés propres à chaque personne au travers la description, puis l'analyse de celles-ci. Cela sous-entend également qu'un individu en souffrance est un mauvais professionnel.

Ainsi, Barruel et Scaon (dans Colombat et al, 2012) estiment que pour parvenir à influencer de façon individuelle sur la qualité de vie au travail, il est d'abord nécessaire de s'attacher à faire émerger de bonnes relations dans le collectif. Pour cela, plusieurs éléments viennent selon eux jouer des rôles essentiels. D'abord, les notions de communication et de transmission d'information se doivent d'être à minima adaptées aux habitudes culturelles de chaque équipe afin que les dispositifs mis en place puissent correspondre à l'ensemble des fonctionnements existants. Dans le cas contraire, il se produit alors le plus souvent un sentiment de non reconnaissance pouvant entraîner des résistances importantes de la part du personnel. S'ajoute également ci l'importante de rendre lisible les informations dans une visée de plus grande compréhension, et donc de meilleure application de celles-ci. Le second élément renvoie quant à lui aux dimensions d'organisation et de coordination qui nécessitent à la fois une communication efficace et un fonctionnement transversal entre les services, afin que chacun identifie clairement sa place et son rôle à jouer. En effet, « la coordination permet de conserver la pertinence de chaque acte et de l'inscrire dans un phénomène de sens global » (p.21). Enfin les deux derniers éléments reposent, d'une part, sur la fédération autour du patient, et d'autre part, sur la participation envisagée comme une dynamique de groupe qui permet à chacun de se sentir reconnu, tant par les autres professionnels que par sa hiérarchie.

Cette dimension participative se présente comme d'autant plus importante qu'elle contribue au développement d'une plus grande estime de soi, et avec elle, d'un plus grand sentiment de légitimité.

Plusieurs conditions doivent en outre être réunies pour parvenir à la réussite de ce modèle de management. Dans ce cadre, Colombat<sup>7</sup> évoque une circulation de la parole, une motivation des équipes, une création d'outils de communication efficaces et pertinents, une homogénéité des pratiques de management entre les cadres (cadre de santé, cadre supérieur de santé, trio de pôle...) et les médecins, et surtout un respect de la règle des « 3R et 9C », à savoir le respect, la reconnaissance, la responsabilité ainsi que la cohérence, la communication, la complémentarité, la confiance, la coordination, la coopération, la concordance, la concertation et la collaboration. Notons alors que parmi ces 3R, la responsabilité est une nouvelle fois citée. Quant aux 9C, il semble que ce soit principalement autour de la notion de communication que viennent s'organiser toutes les autres notions. En effet, Colombat<sup>8</sup> défend la nécessité de mettre en place des unités spatio-temporelles qui permettent un échange et une écoute entre l'ensemble des professionnels d'une même équipe, et ce quels que soient leurs statuts ou leurs fonctions. Ces espace-temps sont ainsi au nombre de trois : les staffs pluri professionnels, dont l'objectif est de définir un projet de prise en charge global des patients grâce à une analyse croisée entre les différents personnels ; les formations en interne, complémentaires de celles externes, qui favorisent une fédération des équipes et participent ainsi à l'émergence d'une dynamique collective ; et les débriefing de groupes lors de situations de crises, mis en place sur l'initiative de l'équipe et amins par un psychologue extérieur au service. Par conséquent, bien que la prise de décision finale relève du manager,

« le point essentiel [...] est de créer des espaces d'échanges qui permettront à chacun de s'exprimer, d'être écouté, et de participer à un échange d'idées dans le but de décider d'un projet accepté par tous, car discuté par tous. » (Colombat et al, 2012, p.86).

Ce type de management nécessite en outre, selon nous, un changement important de mentalité à tous les niveaux hiérarchiques. C'est pourquoi nous estimons que sa mise en place demande beaucoup de temps, un fort investissement motivationnel, et surtout une période de formation des encadrants afin que tous partagent les mêmes valeurs managériales.

---

<sup>7</sup> Document portant sur le management participatif, transmis en interne.

<sup>8</sup> Ibid.

## CHAPITRE 4 – EXPERIENCE FORMATRICE ET FORMATION EXPERIENTIELLE.

« Le bon professionnel aujourd'hui n'est pas tant celui qui aurait les bonnes réponses aux problèmes de la pratique, c'est celui qui se pose et qui pose à ceux avec qui il travaille de bonnes questions. »

(Vial cité dans Maurice, 2012, p.17)

Le chapitre précédent nous a ainsi permis d'envisager le cadre de santé comme un manager intermédiaire dont la place et le rôle occupés au sein de l'établissement conduisent à l'exercice d'un métier à la croisée d'organisations du travail, de préoccupations professionnelles et de personnalités individuelles multiples. Aussi, pour parvenir à assumer au mieux les responsabilités qui lui incombent, le cadre a alors la possibilité de recourir à différentes pratiques de management propices à l'atteinte d'une performance économique, mais aussi humaine. Toutefois, il apparaît qu'une proportion non négligeable des compétences et connaissances managériales ne puisse véritablement s'enseigner dans la mesure où elles relèvent, pour une part, d'une pratique en action, et pour une autre, de la personnalité-même de chaque individu. Ces éléments nous conduisent dès lors à nous questionner sur le concept de formation, et notamment sur celui de formation *expérientielle*, au regard d'une pratique réflexive.

### 1. Vers une définition du terme de formation.

C'est dans l'objectif de comprendre le sens et les implications du terme de formation qu'une rapide approche historique et philosophie sur celui-ci nous semble d'abord essentielle, pour mieux nous orienter ensuite vers la théorie des trois mondes sociaux, des trois modalités d'apprentissages, et des trois pôles d'autonomie qui constituent la formation des adultes.

#### 1.1 D'une idéologie d'éducation permanente à la formation tout au long de la vie.

Il semble que le terme de formation soit directement lié à l'idéologie d'une *Education Permanente* remontant à des origines très anciennes. En témoignent en effet les propos de Condorcet qui déclarait déjà dans ses *Mémoires* que l'instruction devait s'étendre à l'ensemble des citoyens, et cela sur tous les âges de leur vie (Kerlan, 2003). Ce n'est cependant qu'au début du XXe siècle qu'apparaît pour la première fois l'expression de « *Life Long Learning* » (Danvers, 2003), à l'époque-même où le mot de formation entre dans le lexique juridique français alors que les historiens datent ses origines au XIIe siècle. Il faut ensuite attendre les années 1950 pour que ce courant de pensée connaisse un véritable tournant face à l'émergence d'un contexte industriel qui implique des transformations constantes, et

pousse de ce fait les individus à acquérir de nouvelles connaissances et compétences tout au long de leur vie. Le plan Billières de 1956 participe ainsi à cette évolution en prolongeant l'éducation scolaire – ou initiale –, par une éducation des adultes dite continue, qui vise à faciliter l'adaptation et l'insertion sociale par un renouvellement régulier des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Puis c'est avec Lengrand<sup>9</sup> (1975) que *l'Education Permanente* est pour la première fois conceptualisée comme un processus s'attachant à « préparer les Hommes aux [évolutions] de la société, en les équipant de moyens pour se renouveler tout au long de leur vie. » (p.3). Est de ce fait dès lors visé l'émergence d'individus qui acceptent le changement à travers la prise en compte de leur parcours expérientiel. En outre, cette évolution idéologique portant sur l'être humain et son rapport au monde engendre avec elle une nouvelle vision de l'âge adulte, non plus vu comme un âge ultime de maturité et de réalisation de soi, mais comme celui du maintien dans un état d'imperfectibilité et d'inachèvement (Fabre, 1994). Dans ce cadre, chacun se voit désormais reconnu comme potentiellement détenteur de savoirs expérientiels émergeant directement d'un agir en action, en tant que plein acteur-auteur-sujet de sa vie. C'est ainsi pour témoigner de cette avancée que l'expression d'*éducation permanente* se voit progressivement remplacée par celle de *formation tout au long de la vie*, entendue comme « une dimension de l'activité humaine liée au changement » (Honoré cité dans Ardouin, n.d, p.6), et qui permet d'« opérer une fonction de synthèse, de mise en forme » (Pineau, 1986, p.125) selon deux axes : l'un synchronique renvoyant à une activité temporaire ponctuelle d'apprentissage ; et l'autre diachronique relevant d'une fonction permanente de l'évolution humaine (Pineau).

## 1.2 La formation des adultes : un univers constitué de différents mondes sociaux et de multiples modalités d'apprentissages.

Si nous suivons les propos d'Ardouin<sup>10</sup> (n.d), la formation des adultes ne relève pas d'un seul et unique domaine puisqu'elle s'articule au sein, et en interaction de trois *mondes sociaux* – l'éducation, le travail et la société – possédant chacun leur propre fonctionnement tout en interagissant les uns avec les autres. Aussi, alors que le monde de l'éducation coïncide essentiellement avec la formation *initiale* telle qu'elle est classiquement mise en place dans le système scolaire français, celui du travail relève davantage de l'emploi au sein duquel

<sup>9</sup> Deux œuvres sont connues de Lengrand pour avoir participé à la conceptualisation de l'Education Permanente, *Introduction à l'Education Permanente* et *L'Homme du devenir* parus tous deux dans les années 1970.

<sup>10</sup> Cf cours en FOAD de Ardouin, dispensé dans le cadre du Master 1 des Sciences de l'Education de l'Université de Rennes. L'ensemble des références faites par Ardouin relèvent toutes ensuite de ces mêmes cours.



s'inscrivent la formation continue et la formation dite *sur le tas*. Quant au monde de la société, visant avant tout une intégration sociale à partir de l'expériences individuelle et le développement de compétences réalisé hors de l'Ecole, il implique ainsi les domaines de la famille et de la santé.

Ces *mondes sociaux* constituent par conséquent un véritable système à plusieurs éléments et plusieurs niveaux au sein desquels chacun participe à ce qui a été identifié par Ardouin comme la finalité première de la formation : celle d'apprendre, d'évoluer et de s'intégrer dans la société. Dans cette optique, la formation des adultes se présente donc comme un produit et une situation, mais aussi comme un processus et une institution. C'est d'abord un produit « en tant que résultat d'un travail d'appropriation avec un niveau de qualification atteint ou revendiqué » ; c'est également une situation de par « la mise en relation de différents acteurs dans un cadre pédagogique donné » ; c'est ensuite un processus « en tant que démarche d'apprentissage et de changement pour les individus et les organisations » ; et c'est enfin une institution « comme système organisé ayant une réalité sociale intégrée à la société ». (p.8).

Engageant en outre l'ensemble de la vie des individus, Pain (1990) estime que se former renvoie désormais à un véritable besoin reposant à la fois sur des apprentissages *formels*, *non formels* et *informels*. Parler ainsi d'apprentissages formels, c'est évoquer des formations répondant à une demande sociale de transmission d'acquis historiques et/ou théoriques, sur du long terme, et selon un important degré de formalisation comme cela est généralement le cas au sein du monde de l'éducation. De leurs côtés, les apprentissages non formels supposent des formations visant une demande ponctuelle et précise sur du court terme, en lien avec la pratique, et destinées à un public volontaire réuni dans des organismes autres que l'Ecole. Portant de surcroît sur le développement de compétences sociales ou professionnelles dans une visée de citoyenneté active, ils relèvent ainsi principalement du monde de la société (Ardouin, n.d). Enfin, les apprentissages informels renvoient quant à eux à l'influence des interactions entre l'Homme et son environnement, sans programme préétabli et sans enseignant, suivant l'idée que chacun est capable d'apprendre par lui-même. C'est pourquoi Ardouin parle de « formations diffuses par lesquelles chaque individu acquière des attitudes, des valeurs, des compétences et des connaissances à partir de l'expérience quotidienne et au hasard des influences et ressources de son environnement ». Cette dernière modalité vient par conséquent compléter les deux autres, au sens où elle relève d'une stabilisation des comportements ponctuels, d'une acquisition de connaissances dans l'action, et d'une

capitalisation de l'expérience individuelle et collective (Pain, 1990) principalement développées dans le monde du travail (Ardouin, n.d).

Toutefois, même si ces éléments nous amènent à penser que les apprentissages formels sont extrêmement présents au sein de l'éducation, ceux non formels au sein de la société, et ceux informels au sein du travail, les choses sont plus complexes que cela car les différentes modalités existent en réalité plus ou moins dans chacun des mondes sociaux (Ardouin). De ce fait, le travail permet non seulement le développement d'apprentissages informels, mais également formels et non formels.

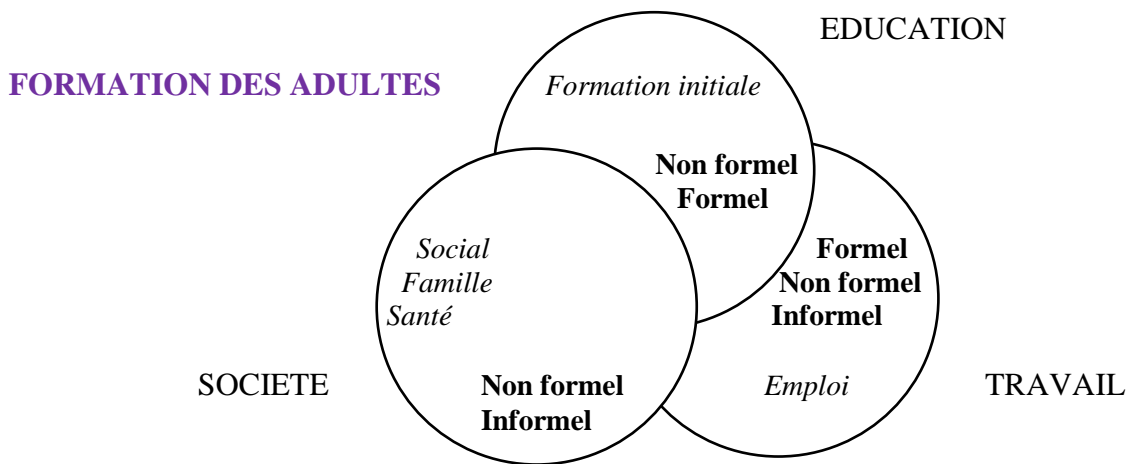


Figure 7 : Les mondes sociaux de la formation des adultes,

Inspiré du schéma d'Ardouin (n.d) dans *Formation des adultes et logique compétences*, p 4.

Plusieurs études ont toutefois effectivement démontré qu'en milieu professionnel, le taux d'apprentissages informel est extrêmement élevé pour ne laisser la place qu'à seulement 20% d'apprentissages formels.

### 1.3 La trilogie des pôles d'auto, d'éco et d'hétéro-formation.

Les données conceptuelles tout juste présentées nous conduisent dès lors à aborder plus spécifiquement la question de la place de l'autonomie dans le processus d'apprentissage des adultes. Evoquons donc une nouvelle fois Ardouin (n.d) qui rappelle que le concept d'autonomie relève d'ambiguïtés fondamentales dues, non seulement à l'étymologie-même du terme, mais aussi à la valeur que les individus veulent bien lui accorder dans le processus éducatif. Ce manque de définition homogène conduit ainsi à un certain nombre de confusions, notamment entre une autonomie de l'apprenant, et un apprentissage autonome. Aussi, si nous envisageons à la suite de Chené (cité dans Ardouin), que l'individu autonome est un individu qui « construit lui-même ses propres lois » (p.11), il semble alors difficile de considérer qu'un

processus d'apprentissage puisse être qualifié de pleinement autonome du fait qu'il s'inscrive dans un rapport à des normes extérieures qui sont liées à l'environnement, à l'institution ou encore à autrui. C'est pourquoi Candy (cité dans Ardouin) estime que la place de l'autonomie ne peut ici s'envisager qu'en tant qu'état intermédiaire, situé entre libertés individuelles et contraintes externes. Et Caffarella (cité dans Ardouin) d'ajouter qu'il s'agit par conséquent, non pas d'apprentissage autonomes, mais plutôt d'apprentissages formels, non formels et/ou informels dont l'autonomie des individus constitue la finalité première.

C'est au regard de l'ensemble de ces réflexions que Pineau (dans Courtois et Pineau, 1991) élabore ainsi sa conception tridimensionnelle de la formation des adultes, en s'inspirant directement de la problématique des trois maîtres de l'Education mise en avant par Rousseau. En effet selon ce dernier, l'éducation des Hommes est indissociable de la formation de l'Individu, de l'Espèce et de l'Environnement. C'est pourquoi elle dépend de trois grands maîtres, à savoir soi-même – au travers sa nature individuelle et ses dispositions primitives –, les autres et les choses. Suivant cette même logique de pensée, Pineau y voit alors trois pôles distincts qui participent tous au processus global de formation des adultes. Il s'agit plus spécifiquement de l'auto-formation – se former par soi-même –, de l'hétéro-formation – se former au contact des autres – ; et enfin de l'éco-formation – se former au contact des choses. Ajouté aux trois mondes sociaux mis en avant précédemment par Ardouin, ce triangle de la formation produit ainsi le schéma suivant :

### FORMATION DES ADULTES

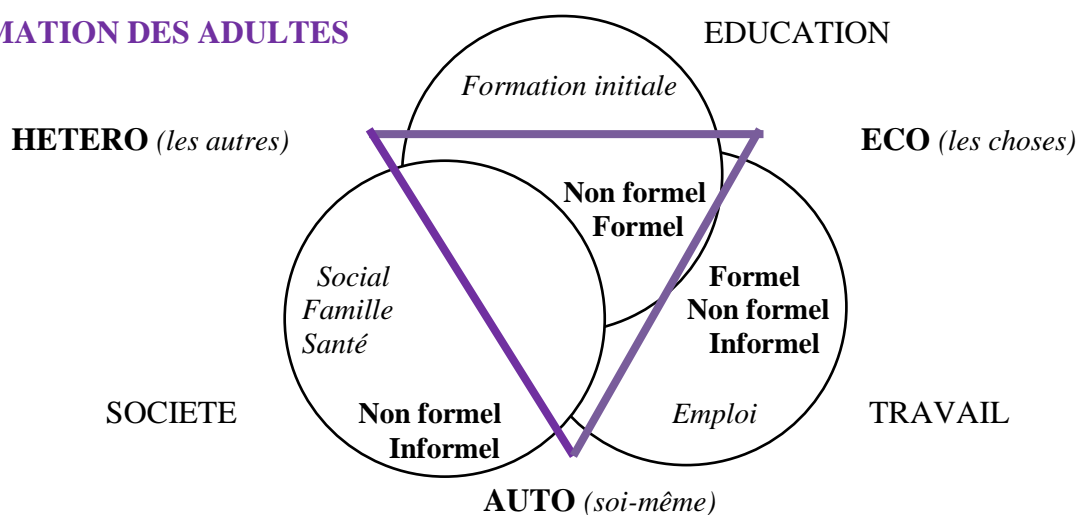


Figure 8 : Le triangle de la formation mis au regard des trois mondes sociaux,  
Inspiré du schéma d'Ardouin<sup>11</sup> (n.d) dans *Formation des adultes et logique compétences*, p 4.

<sup>11</sup>Cf cours en FOAD dispensé par T. Ardouin, dans le cadre du Master Sciences de l'Education dispensé à Rennes.

A ces trois mouvements s'adjoignent également deux régimes temporels qui chacun viennent rythmer le processus de formation en fonction des situations et des individus, par et dans leurs relations avec les autres et avec l'environnement : un temps expérientiel dit *nocturne* ; et un temps formel dit *diurne*. Par conséquent, la notion d'autonomie chez Pineau ne relève pas uniquement des seules modalités d'apprentissages liées au pôle « auto », mais se développe plus généralement au sein des trois pôles à la fois, favorisant ainsi l'émergence d'une relation particulière à la dimension expérientielle.

## 2. Focus sur la formation expérientielle.

Envisager l'existence d'une formation des adultes reposant sur trois pôles et trois mondes sociaux au sein desquels prennent place des apprentissages d'origines multiples, c'est de fait considérer que l'Homme possède la capacité de se former en partie au travers ses expériences de vie. Aussi, bien que l'expression de *formation expérientielle* nous soit aujourd'hui commune, nous devons reconnaître que son emploi véhiculait au départ pour nous une grande part d'obscurité. En effet, nous nous sommes rapidement posés deux questionnements principaux : d'une part, l'implication du terme d'expérience dans le domaine de la formation ; et d'autre part, les modalités apparaissant comme nécessaires pour que cette formation expérientielle puisse avoir lieu. C'est ce à quoi tente ainsi de répondre cette deuxième partie en étudiant d'abord le concept spécifique de *formation expérientielle*, afin d'identifier par la suite des procédés facilitateurs de réflexivité, et donc potentiellement sources de *formation par l'expérience*.

### 2.1 Dans quelles mesures l'expérience devient-elle formatrice ?

Dans l'objectif de comprendre comment l'Homme peut parvenir à se former au travers ses expériences de vie, nous avons d'abord estimé pertinent de s'attacher à définir avec précision le terme d'expérience afin de lever toute ambiguïté de sens. Cette première étape permet ainsi de développer par la suite le rôle essentiel que vient jouer la démarche de pratique réflexive dans toute formation expérientielle.

#### 2.1.1 De l'expérience à la formation expérientielle.

Que signifie au juste le terme d'expérience ? Cette question, nous avons dû nous la poser dans le cadre de ce chapitre portant sur le concept de formation, et qui plus est sur celui de formation expérientielle. Aussi pour De Villers (dans Courtois et Pineau, 1991), l'expérience relève d'une sémantique qui dépend du contexte dans lequel on l'emploie. Toutefois, le

*Dictionnaire historique de la langue française* (Rey cité dans Ardouin, n.d) précise que ce terme est issu du latin *experientia*, possédant les sens *d'essai*, de *tentative*, *d'épreuve*, mais aussi *d'expérience acquise* et de *pratique* qu'Aubert-Lotarski (Ardouin, n.d) résume par conséquent comme il s'en suit :



Figure 9 : *Expérimenter, expérencier, acquérir de l'expérience*, reproduit à l'identique dans *Formation tout au long de la vie et apprentissages informels* d'Ardouin, (n.d), p.18.

L'expérience peut donc tout autant renvoyer à une épreuve, à une situation ou à un savoir, au regard de plusieurs principes fondamentaux qui sont la continuité, l'interaction et la réflexion. C'est pourquoi Dewey (cité dans Ardouin, n.d) l'envisage comme un continuum se confondant avec la vie elle-même au regard d'un double processus : « continu et évolutif » (p.11) d'une part, où chaque expérience participe à former l'individu à des expériences futures plus construites et plus poussées que les précédentes ; social d'autre part, du fait qu'elle suppose des échanges et des confrontations entre sa propre subjectivité et celle des autres. Il s'agit par conséquent d'une construction de savoirs qu'il revient d'intégrer aux processus d'apprentissages, et cela dès l'Ecole. Or Lindeman (cité par Ardouin) n'est pas tout à fait du même avis, considérant que l'expérience n'est pas seulement cumulative, mais aussi intégrative, car elle participe activement à la construction de l'identité en aidant à mieux comprendre le monde qui nous entoure. Dès lors, elle ne peut se limiter aux apprentissages formels du fait qu'elle relève d'une véritable construction de sens rendant ainsi potentiellement source d'apprentissage toute situation quotidienne.

Pineau (dans Courtois et Pineau, 1991) va quant à lui encore plus loin en envisageant l'expérience comme une rupture d'équilibre entre l'individu et son environnement, dû au surgissement d'un évènement nouveau, vécu directement, et introducteur de discontinuité. Aussi, alors que cette nouveauté est d'abord porteuse de déformation au sens où elle implique une remise en question des repères, elle ne peut devenir formatrice que dans la mesure où l'équilibre initial parvient à être rétabli selon une démarche de *praticien réflexif* permettant de

donner forme et sens au vécu. Ce n'est ainsi pas tant le nombre d'évènements qui importe, qu'une prise de conscience approfondie de ce qui a été éprouvé.

Dès lors, l'expérience formatrice peut se définir comme « l'articulation consciemment élaborée entre activité, sensibilité, affectivité et idéation » (Courtois et Pineau, 1991, p.192) impliquant une idée d'apprentissage au travers « les attitudes, les comportements, les pensées, les savoir-faire et la pratique » (p.192) caractérisant la subjectivité et l'identité d'un individu. Dans ce cadre, Josso (dans Courtois et Pineau) estime que si les changements engendrés sont majeurs, nous pouvons parler de formation existentielle. A l'inverse, si ceux-ci restent mineurs, nous parlons alors de formation expérientielle telle qu'elle est envisagée par Pineau (1991), c'est-à-dire une « formation par contacte direct mais réfléchi » qui renvoie à « cette capacité de se référer à soi, tout en se référant à ce qui n'est pas soi » (p.32). De ce fait, reconnaître une possibilité de se former au travers ses expériences de vie, c'est attribuer un nouveau statut à la pratique en la pensant en complémentarité de la théorie. C'est pourquoi il nous semble que l'un des cadres les plus légitimes au sein desquels la question de la formation expérientielle doit se poser est bien celui du travail.

### 2.1.2 L'importance de la démarche du praticien réflexif.

Si la réflexivité se présente comme une notion centrale dans la formation expérientielle puisque c'est elle qui permet la transformation d'un vécu en une expérience formatrice, attachons-nous davantage à étudier ce qu'est la pratique réflexive.

Dans ce cadre, Beillerot (1996) indique que le terme de *praticien*, dérivé du latin *practice*, signifie aujourd'hui dans son sens le plus courant « tout application de règles et de principes qui permet d'effectuer concrètement une activité, [mais qui] ne renvoie pas immédiatement au fait et aux gestes mais aux procédés pour faire. » (n.d.). Parler de pratique semble donc d'abord renvoyer aux modalités d'actions d'un individu sur le terrain. Bourdieu (dans Perrenoud, 2004) considère par ailleurs que le praticien est celui qui mène une réflexion sur ses *habitus* envisagés comme des actions tellement répétitives, qu'elles en finissent par être intégrées au comportement de façon quasi-réflexe. Dès lors, la difficulté se révèle double puisqu'il s'agit, d'une part, de parvenir à identifier des actions dont on ne porte plus aucune attention ; et d'autre part, de réussir à comprendre les choix plus ou moins conscients qui y sont sous-jacents. Cela revient par conséquent à opérer une double analyse, à la fois sur l'objectivité des faits, mais aussi sur la subjectivité investie par l'individu engagé dans sa pratique.

Nous comprenons donc mieux pourquoi Pineau (dans Guillaumin, 2009) accorde une importance toute particulière à la notion de réflexivité, qu'il tient d'ailleurs à différencier de celle de réflexion. En effet, alors que cette dernière relève d'une action ponctuelle réalisée dans l'immédiat, la réflexivité renvoie quant à elle à « un ensemble d'actions qui nécessitent une autorégulation par une mise à distance » spatiale et temporelle. Schön (cité par Perrenoud, 2004) effectue également cette distinction, mais selon une *réflexion dans l'action* - développée au cours de l'action-même et renvoyant à la capacité de l'individu à agir dans l'urgence -, et une *réflexion sur l'action*, se déroulant à posteriori et de façon totalement consciente. De ce fait, la réflexivité engage une temporalité particulière au sens où elle repose sur un vécu passé, réfléchi au moment présent, et tourné vers des actions à venir. C'est pourquoi Perrenoud (2004) l'envisage comme un cycle intemporel, au sens où celle dans l'action est une condition pour que celle après-coup, puis celle par anticipation sur la suivante puissent avoir lieu.

Ainsi, le praticien réflexif peut se définir comme un individu qui fait, et qui pense à ce qu'il fait, par « un retour sur soi de la pensée [ou] de la conscience » (Perrenoud, 2004, p.38) favorisant un dédoublement du sujet en tant qu'objet de sa propre action. Il s'agit en outre, selon Vacher (2011), d'une « capacité générale à analyser des pratiques de façon systématique, reproductible, durable et autonome » (p.74), nécessitant par conséquent une formation inscrite dans la durée, et fondée à la fois sur des exigences institutionnelles – inscription dans l'emploi du temps - et pédagogiques – identification de phases de transformation de la pratique -. L'objectif est ainsi « de proposer une nouvelle place à l'acteur et un nouveau rapport à l'expérience ». (p.76).

Pour ce faire, l'analyse de pratiques en milieu professionnel, et entre pairs, semble se présenter comme un dispositif de formation particulièrement pertinent dans notre situation. En effet, celle-ci offre selon nous plusieurs avantages : elle permet d'initier et/ou de soutenir méthodologiquement l'ensemble des professionnels au développement d'une pratique réflexive dans et sur leurs actions, suivant une double volonté de professionnalisation et de bien-être au travail ; elle favorise en outre des espace-temps d'écoute et d'échange de paroles venant rompre avec la solitude dans laquelle certains professionnels peuvent se retrouver plongés de par les conditions d'exercice de leurs métiers ; enfin, elle encourage une ouverture d'esprit propice à une plus grande adaptation, à la fois de ses pratiques professionnelles, et plus généralement de son rapport au monde.

## 2.2 Des procédés narratifs facilitateurs de réflexivité.

Comme nous venons de le voir, la capacité réflexive, indispensable au praticien pour qu'il puisse transformer son vécu en expérience formatrice, nécessite un effort cognitif de décentration qui permet d'analyser et de comprendre au mieux son action. Ainsi c'est en tant que futurs ingénieurs de formations que nous avons identifié plusieurs procédés et postures qui semblent justement favoriser cette réflexivité : il s'agit de la mise en récit via l'histoire de vie, ainsi que de l'oralité et le rapport à l'altérité.

### 2.2.1 L'Histoire de vie comme support de mise à distance.

Pineau (dans Le Grand et Pineau, 2007) estime que la vie ne doit pas être vue comme une histoire se définissant par un ensemble d'événements ordonnés et sensés, mais au contraire comme un mélange de hasard, un entre-deux « aux prises avec de multiples histoires, des continuités et des discontinuités... » (p.74). Ainsi la temporalité est constitutive de l'expérience humaine au sens où c'est elle qui donne un sentiment d'unité et d'identité aux Hommes (Brunet, dans Delory-Momberger, 2009). Néanmoins, ce rapport temporel n'est pas direct puisqu'il s'avère nécessairement médiatisé par des systèmes symboliques et langagiers qui permettent la transformation d'événements ponctuels et discontinus en intrigues (Ricoeur dans Delory-Momberger, 2009). C'est ce que Ricoeur nomme plus particulièrement une *opération de configuration* qui, rendue possible par la mise en mots, permet de donner forme et sens au vécu expérientiel selon un travail de production de soi-même.

Certains auteurs vont plus loin en considérant que même lorsqu'aucune trace écrite ou orale n'est laissée, les êtres humains configurent mentalement leur vie selon la syntaxe et le langage du récit. Cette activité, qualifiée cette fois-ci de *biographisation* par Ricoeur, renvoie de ce fait à une « dimension du penser et de l'agir humain qui, sous sa forme herméneutique pratique, permet aux individus, dans les conditions de leurs inscriptions socio-historiques, d'intégrer, de structurer, d'interpréter les situations et les événements de leur vécu. » (dans Delory-Momberger, 2009, p.30). Le récit apparaît donc comme un synchronisateur personnel permettant d'approcher au plus près ce qui fait expérience pour un sujet. C'est pourquoi De Villers (dans Courtois et Pineau, 1991) considère qu'il s'agit ici de la « voie royale » (p.19) pour parvenir à une mise en forme de son histoire au travers une analyse et une compréhension des représentations qui y sont associées.

Dans ces conditions, la pratique écrite de l'histoire de vie semble particulièrement pertinente car elle favorise une organisation successive du vécu expérientiel selon une



continuité temporelle subjective et raisonnée. Elle est en outre un moyen de transformation de ce vécu en un outil de réflexion dans lequel le sujet devient aussi objet de sa propre action, suivant un double mouvement de déplier narratif et de replier réflexif (Pineau, 2013). Ainsi d'un point de vue étymologique, Le Grand et Pineau (2007) nous explique que l'Histoire est une recherche, un tissage de sens à partir de faits temporels. « Vouloir faire une histoire de sa vie, c'est [donc] vouloir accéder à l'historicité, c'est-à-dire à la construction personnelle de sens à partir des sens reçus, des non-sens et des contresens qui égrènent et jalonnent l'expérience vécue... » (p.77). C'est également permettre aux expériences de vie de se ré-exprimer individuellement dans un autre temps, de façon ralentie et à posteriori, afin que celles-ci puissent être saisies et ordonnées par le sujet. En conséquent, Le Grand estime que tout énoncé produit par histoire de vie peut être qualifié de performatif, et non plus seulement d'informatif, au sens où il fait et défait le sujet. Il s'agit ainsi d'un puissant instrument de gouvernance de sa vie qui peut à la fois aider à autonomiser, mais également à assujettir en fonction de l'usage que l'on en fait.

En outre, nous pensons que l'histoire de vie ne repose pas seulement sur la narration et l'organisation de ses expériences selon un ordre raisonné. Elle suppose en effet également à ce que l'individu-auteur s'investisse entièrement dans une double recherche de signification : d'une part, celle portant sur ses habitus et sur leurs représentations sous-jacentes ; et d'autre part, celle plus existentielle véhiculée au travers l'agencement-même du texte comme porteur d'indices renvoyant à un rapport au monde particulier.

Enfin, bien que ce travail d'écriture puisse se révéler déroutant et épuisant, le présent historique dont il fait appel dans la narration se révèle très puissant puisqu'il permet de libérer des capacités de projection du sujet, et donc de développer son pouvoir d'agir dans un objectif de pilotage de son avenir.

### ***2.2.2 L'oral comme prise en compte de l'altérité.***

---

Selon Enriott (dans Courtois et Pineau, 1991), toute formation expérientielle doit d'abord passer par un temps de solitude face à soi-même, un travail de réflexion individuel qui nécessite une importante connaissance - ou co-naissance - de soi. Toutefois, c'est au travers les pôles individuel et collectif que les individus vivent pleinement leur humanité. C'est pourquoi cette phase de réflexion solitaire doit ensuite être nécessairement suivie d'une phase de socialisation consistant à expliciter aux autres le savoir expérientiel plus ou moins identifié précédemment. Le groupe en tant qu'altérité apparaît dès lors ici comme une ressource de grande richesse au sens où il permet la reconnaissance de la personne en acceptant qu'une

place de son récit lui soit accordée. De cette première reconnaissance en découle ainsi la mise en mouvement de l'individu, et cela au regard d'un triple processus : d'abord une mise à distance par un phénomène narratif de dédoublement du sujet en objet de son action ; puis une conceptualisation ; et enfin une restitution de son expérience de vie. C'est ainsi au travers cette connaissance de soi mais aussi cette reconnaissance par les autres que repose la dialectique de la formation expérientielle (Enriott).

De son côté, Pierce (cité dans Denoyel, 2002) va encore plus loin en estimant que la confrontation dialogique de ses savoirs expérientiels permet de passer d'une expérience vécue à une expérience vitale au travers la mise en intrigue, la mise en commun puis la relecture de la première. Cependant Pineau (1991) précise que cette intimité envisagée comme « [la] présence très proche [de l'altérité] » (p.34) demande à être apprivoisée car elle renvoie à un moment de rencontre où chacun a l'impression de se perdre tout en se retrouvant dans l'autre. Une fois que cette exposition a été pleinement acceptée par les individus, l'intimité est alors source d'une nouvelle socialité reposant sur une disparition des frontières entre unité et dualité, identité et altérité.

D'autre part, la réflexivité ne pouvant s'enseigner, elle nécessite ainsi un entraînement régulier et méthodologique (Perrenoud, 2001). Dans ce cadre, Perrenoud estime que l'analyse de pratiques apparaît alors comme une aide au développement de cette démarche méthodologie au sens où elle offre deux principaux avantages : elle peut venir remplir une fonction d'initiation à une pratique réflexive personnelle, et elle permet surtout d'acquérir un soutien au développement d'une approche qui puisse convenir à chaque participant. Aussi l'analyse de pratique se compose de multiples éthiques et dispositifs, mais il est possible de l'envisager globalement comme « une démarche volontaire qui vise [...] la transformation des pratiques [...] par induction d'un processus d'apprentissage ou de développement personnel. » (Perrenoud, p.112). C'est pourquoi elle implique un important travail sur soi et demande de nombreux efforts.

Afin qu'elle puisse en outre mener à de véritables changements cognitifs, il est nécessaire qu'elle soit à la fois pertinente, acceptée et intégrée par le participant (Perrenoud, 2001). Ainsi, alors que les deux derniers critères renvoient à l'attitude-même du praticien, le premier relève quant à lui de la posture du formateur. Il revient donc à ce dernier de faire la preuve de ses capacités d'écoute et de dialogue, mais aussi de reformulation et de contrôle de la relation plus que de connaissances théoriques (Perrenoud). Se présentant en outre comme un élément

déclencheur de remises en causes et de confusion entre la personne et le professionnel, ce dispositif impose la mise en place d'un cadre sécurisant qu'il est possible d'obtenir par l'identification claire et définie du statut des actions et de leurs modes d'interventions, par la définition du rôle du groupe et de la constitution des participants, ou encore par l'explicitation des règles de fonctionnement et d'évaluation telles que la confidentialité (Vacher, 2011). En tout état de cause, « [la pratique réflexive] repose [...] sur la capacité des formateurs à expliquer, accompagner et respecter le sujet en formation » (p.76).

## CONCLUSION PREMIERE : PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES

Rappelons que notre question de départ consistait à savoir **en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d'assumer les responsabilités qui sont les siennes, tout au veillant à prendre soin de son équipe**. Puis, ayant relevé un lien d'influence entre la qualité de vie au travail des personnels de santé, et la qualité des soins portée aux patients, nous nous sommes orientés vers l'étude du cadre-manager, dans l'idée que sa santé psychologique était primordiale pour favoriser ensuite le bien-être des soignants.

C'est pourquoi cette interrogation nous a d'abord conduit à la présentation des contextes historique, juridique et politique de la notion de santé au travail en France. Nous avons alors pu mettre en avant le fait que, jusqu'au début du siècle dernier, la santé des travailleurs était exclusivement envisagée dans une visée de préservation physique de la main d'œuvre, pour un plus grand rendement de la production. Puis l'allongement de l'espérance de vie, la mondialisation accrue et les progrès technologiques permanents ont fait évoluer les mentalités vers l'idée d'une compétitivité reposant à la fois sur une performance économique et humaine. Dès lors, les employeurs incitent désormais plus que jamais leurs salariés à investir pleinement leur subjectivité dans la réalisation de leurs tâches par l'augmentation de leur autonomie et de leurs responsabilités. En retour, ces conditions correspondent également aux désirs des travailleurs eux-mêmes qui recherchent de plus en plus une reconnaissance sociale dans leur vie professionnelle (Claude, 1998). De ce fait, la santé au travail se voit investie d'une nouvelle dimension d'accomplissement de soi relayée par des politiques stratégiques Européenne, nationale et régionale qui mettent l'accent sur l'épanouissement personnel.

Cette préoccupation croissante en la matière vient alors s'inscrire dans un contexte socio-économique en perpétuel mouvement, obligeant le monde de la santé à suivre au mieux les changements de la société en se transformant lui-même sans cesse. Qui plus est, si la santé n'a pas de prix, elle a néanmoins un coût qui se cesse d'augmenter. C'est pourquoi la Fonction Publique Hospitalière fait l'objet, depuis déjà quelques années, d'une succession de réformes visant un remaniement du fonctionnement, de l'organisation du travail et des pratiques de santé (Quantin, 2010), dans une double finalité d'adaptation aux besoins et de rationalisation des dépenses. S'opère notamment une véritable évolution des pratiques gestionnaires qui, en passe de s'aligner sur celles du marché privé, viennent quelques fois à l'encontre-même des missions et des valeurs originelles du secteur public hospitalier.

C'est donc au regard de ce décalage entre valeurs et réalité du terrain qu'exerce le cadre de santé. Ce professionnel doit en outre composer avec une importante évolution historique du métier, passant hier de surveillant infirmier encore engagé dans la pratique des soins, à désormais pleinement manager d'équipe garant de la qualité de ces mêmes soins. Ainsi, ces nouvelles missions et fonctions le font apparaître comme un tout autre personnel que celui de soignant, soulignant la nécessité d'une formation supplémentaire à celle initialement reçue. Il s'agit alors plus particulièrement de préparer au mieux le postulant à une position ambivalente de managé-manager, en lui transmettant non seulement un certain nombre d'apports théoriques, mais en veillant surtout à lui offrir un espace-temps de réflexion pour une meilleure posture et une plus grande souplesse d'adaptation futures. En effet, les conditions de travail du cadre de santé paraissent générer plusieurs difficultés majeures : d'une part, parvenir à exercer un métier nouveau, en lien avec la culture d'origine - le groupe de référence -, mais aussi avec la nouvelle culture de management - le groupe d'appartenance (Reinhart, n.d) ; et d'autre part, réussir à occuper une place et un rôle de pivot, à la jonction des équipes médicale, de soins et de direction qui poursuivent chacune des préoccupations différentes, parfois-même paradoxales.

Si nous faisons donc le postulat que le cadre de santé s'est engagé dans ce métier investi des valeurs fondamentales de la FPH et des représentations issues de son ancien métier de soignant, le contexte que nous venons d'exposer semble par conséquent pouvoir mener à deux possibilités : soit le cadre parvient à gérer psychologiquement l'ensemble des difficultés identifiées ; soit au contraire il n'y parvient pas. Ces considérations nous conduisent par conséquent à approfondir le concept de travail, afin de mettre en lumière des éléments d'explication quant au possible basculement de l'état de santé psychologique du cadre, vers l'une de ces situations plutôt que vers l'autre.

Nous pouvons alors relever que l'Homme entretient depuis toujours une relation complexe avec le travail selon un triple rapport à soi, aux autres et au réel. En effet, toute activité individuelle implique nécessairement l'investissement d'une subjectivité au regard de buts plus collectifs prenant place dans une réalité faite d'imprévisibilité. C'est pourquoi Dejours (1995) résume la relation Homme-Travail comme une recherche permanente d'équilibre dynamique entre, d'un côté, des besoins psychologiques individuels, et de l'autre, leurs possibilités d'accomplissement dans l'environnement. Ainsi, la dimension d'autonomie apparaît primordiale, d'abord parce qu'elle permet au travailleur d'adapter le formel aux

spécificités informelles des situations rencontrées, mais surtout parce qu'elle relève d'une volonté d'affirmation de soi visant à dépasser le contrôle social présent dans la tâche prescrite.

Or, c'est justement lorsque l'individu ne peut exprimer dans son travail la part d'autonomie qui lui est nécessaire pour une construction identitaire équilibrée qu'émerge une souffrance psychologique. Dans cette situation, le recours à des stratégies défensives produit alors une fatigue importante engendrant, à terme, des comportements potentiellement dangereux, tant pour la santé de l'individu concerné, que pour celle de son entourage. Ce sont ces dérives que les spécialistes nomment justement les risques psychosociaux, et dont les facteurs dépendent, pour une part, de l'environnement –organisation du travail, management-, et pour une autre, de la subjectivité du travailleur – valeurs, personnalité, rapport au changement-. Aussi, alors que les premiers autorisent une action directe d'amélioration des conditions dans une visée de plus grande qualité de vie au travail, la personnalité et les valeurs nécessitent de leurs côtés des temps de réflexion afin de favoriser une meilleure compréhension de soi-même et d'autrui. Cette démarche apparaît en outre d'autant plus importante lorsqu'elle engage des professionnels exerçant une activité de *care* qui se révèle difficile à mettre en mots (Molinier et al, 2009). Quant au rapport au changement, Boutinet (1995) nous avertit que lorsque ceux-ci ne sont pas souhaités, il est important qu'ils fassent l'objet de discussions, afin d'être d'avantage anticipés et compris dans une visée de préservation de l'équilibre psychosocial de chacun.

Aussi, si nous faisons maintenant le postulat que la santé psychologique du cadre est influencée par la marge d'autonomie dont il dispose dans l'exercice de son métier, il nous semble pertinent de s'attacher à identifier dans quelles mesures la place et le rôle de *managé-manager* qu'il occupe au sein de l'établissement lui permettent cette liberté d'action. Pour ce faire, une étude approfondie du concept de management paraît pouvoir nous éclairer.

Nous pouvons en effet d'abord relever le fait que le management se présente comme une fonction professionnelle impliquant aujourd'hui une grande part d'incertitude et de tension au regard d'un contexte socio-économique en perpétuel évolution. Ainsi, l'objectif premier pour le manager est désormais de répondre à ce qui est imprévu en s'attachant à résoudre les problèmes (De Singly, 2009). Pour cela, il dispose d'une relative autonomie reposant uniquement sur le choix des modalités d'organisation matérielle et humaine afin d'accomplir une tâche qui, elle, lui est imposée par sa hiérarchie. Ceci nécessite par conséquent d'importantes capacités d'adaptation et de réflexion permettant d'identifier les meilleurs procédés d'actions en fonction des situations et des professionnels à qui

l'encadrement s'adresse (Michaud, 2013). En outre, en tant que manager de proximité, le cadre de santé participe activement à l'application effective des politiques de changements prises par la direction en s'en faisant le relais. Il réalise ainsi un véritable travail de traduction, entre le caractère générale et abstrait de la demande hiérarchique, et la réalité du terrain à laquelle son équipe est confrontée. Cette situation intermédiaire implique ainsi, non seulement, que le cadre ait lui-même compris les impératifs qui lui sont dictés, mais également qu'il parvienne à les communiquer aux soignants afin que ceux-ci les comprennent à leur tour. Pour ce faire, il peut alors s'appuyer sur les quelques connaissances théoriques qu'il est possible d'enseigner, mais surtout sur son expérience de leader. En effet, le management repose principalement sur un apprentissage en action, visant une prise en compte de ses responsabilités et une identification de ses talents (Petit, 2009). Il exige ainsi une parfaitement connaissance de soi-même, de son équipe et de son environnement, pour une communication efficace et pertinente entre l'ensemble des professionnels (Colombat, 2012).

Dès lors, puisque la confrontation au terrain se présente comme une dimension majeure dans l'apprentissage du management, une étude du concept de formation nous apparaît à présent nécessaire pour comprendre comment le cadre de santé parvient à se former quotidiennement aux responsabilités de manager qui lui incombent.

Nous notons alors que le terme de formation est directement lié à l'idéologie d'une Education permanente désignant un « processus qui vise à préparer les Hommes aux changements de la société, en les équipant de moyens pour se renouveler tout au long de leurs vie » (Lengrand, 1975, p.3). Adhérer à cette conception revient par conséquent à reconnaître que chacun est potentiellement détenteur de savoirs en action. De ce fait, la formation renvoie à une fonction de synthèse et de mise en forme (Honoré dans Ardouin, n.d) de l'ensemble de ces savoirs, et cela selon deux axes : l'un synchronique comme activité temporaire et ponctuelle d'apprentissage ; et l'autre diachronique comme fonction permanente de l'évolution humaine (Pineau, 1986). Plusieurs théories sur la formation des adultes ont par ailleurs été recensées telle que celle des trois mondes sociaux - l'éducation, le travail et la société - d'Ardouin (n.d), ou celle des trois modalités d'apprentissages de Pain (1990) - formels, non formels et informels- . Aussi, alors que les premiers – ceux formels - répondent à une transmission de connaissance historique et théorique, sur du long terme, et selon un programme défini assuré par des enseignants, les seconds – ceux non formels - relèvent d'une demande ponctuelle et précise, sur du court terme et en lien directe avec la pratique. Quant aux derniers – ceux informels- , sans programme préétabli et sans enseignants, ils reposent sur

l'idée que chacun est capable d'apprendre par lui-même au travers l'expérience quotidienne et au hasard des évènements de la vie (Ardouin). Dès lors, plusieurs acteurs ont été identifiés par Pineau (dans Courtois et Pineau, 1991) au regard de ces apprentissages : il s'agit de soi-même, des autres et des choses.

Toutefois, l'expérience en elle-seule n'est pas formatrice. Elle le devient uniquement lorsque l'équilibre qu'elle a initialement rompu entre l'Homme et son environnement parvient à être rétabli selon une démarche de praticien réflexif (Pineau). Cette dernière consiste alors à opérer « un retour sur soi de la pensée » (Perrenoud, 2004, p.38) qui favorise une prise de recul sur son vécu, permettant l'identification d'habitus professionnels répétés un si grand nombre de fois qu'ils en sont devenus quasi-réflexes. De ce fait, la difficulté semble double : il s'agit d'une part, de parvenir à identifier ces actions dont on ne porte plus aucune attention ; et d'autre part, de réussir à comprendre les choix plus ou moins conscient qui y sont sous-jacents. Cela revient par conséquent à opérer une double analyse, à la fois sur l'objectivité des faits, mais aussi sur la subjectivité investie dans sa pratique. Pour cela, deux procédés nous apparaissent comme particulièrement facilitateurs de réflexivité : l'histoire de vie comme support de mise à distance ; et l'oral comme prise en compte de l'altérité.

L'ensemble de ces considérations nous amène ainsi à faire évoluer notre question de départ vers la question de recherche suivante : **dans quelle(s) mesure(s) la place accordée ou non à la pratique réflexive par le cadre de santé dans l'exercice de son métier influence-t-elle sur sa qualité de vie au travail ?** Nous y avançons dès lors plusieurs hypothèses :

- L'existence, sur le lieu de travail, d'espace-temps reposant sur un partage de vécus entre collègues induit une pratique réflexive comme source de formation expérientielle.
- Cette pratique réflexive influe positivement sur la qualité de vie au travail du cadre de santé car elle permet respectivement : une plus grande compréhension de soi et de son environnement ; la préservation d'un certain équilibre psychosocial ; et un accomplissement de soi.

Néanmoins, nous faisons le postulat que plusieurs facteurs entrent en jeu dans la capacité et la volonté du cadre de santé à développer cette réflexivité. Parmi eux, relevons :

- L'environnement professionnel : les modalités de mise en place des espaces-temps ; le contexte relationnel environnant ; le parcours de formation antérieur.
- La structuration psychosociologique : les valeurs individuelles ; le rapport personnel au changement ; l'ancienneté dans l'exercice du métier.



**DEUXIEME PARTIE : MISE EN PERSPECTIVE EMPIRIQUE**  
**DU QUESTIONNEMENT METHODOLOGIQUE**  
**A LA CONSTRUCTION DE L'ENQUETE DE TERRAIN.**

C'est suite à de multiples lectures et de nombreuses rencontres que notre question de recherche a progressivement émergé au regard de l'avancée de notre réflexion. Dès lors, nous y avons exprimé plusieurs hypothèses que cette deuxième partie s'attache à présent à confirmer, ou infirmer, suivant une approche empirique.

Pour ce faire, le chapitre 7 reprend d'abord l'étude exploratoire que nous avons menée en trois temps en parallèle de nos lectures conceptuelles. Ainsi, le premier a consisté à nous entretenir avec un expert de la qualité de vie au travail afin de confronter nos intuitions et approfondir un peu plus notre sujet d'étude. Puis le second s'est quant à lui composé de plusieurs échanges avec, d'une part, un formateur de l'IFCS, et d'autre part, trois étudiants-cadres, dans l'objectif de connaître leurs représentations quant au métier de cadre de santé et leurs éventuelles expériences des risques psychosociaux. Enfin, le troisième et dernier temps a reposé sur la rencontre d'une cadre de santé actuellement en poste au sein d'un Centre Hospitalier de la Région, afin d'éprouver une première fois notre grille de conduite d'entretien, et plus généralement notre posture d'interviewer.

L'analyse succincte de ces différents temps nous conduit alors à aborder, dans le chapitre 8, la méthodologie que nous avons estimée la plus pertinente au regard de notre recherche et de ce que nous souhaitions mettre en avant. Dans ce cadre, un premier sous-chapitre présente la population et le terrain d'étude retenus, à savoir trois cadres de santé exerçants dans un même Centre Hospitalier mais avec une ancienneté différente dans le métier, afin de percevoir si l'expérience de chacun peut influencer sur leur bien-être individuel. Par la suite, un deuxième sous-chapitre s'attache à justifier notre choix quant à l'instrument de recueil des données privilégié, celui de l'entretien semi-directif. Pour finir, un dernier sous-chapitre traite du déroulement de chacune des rencontres que nous avons eues ainsi que de la méthode d'analyse à laquelle nous avons optés dans une visée de lisibilité optimale et de plus grande richesse des discours recueillis.

Enfin, les chapitres 9 et 10 reprennent respectivement les analyses descriptives individuelles puis transversales que nous avons réalisées à partir des transcriptions d'entretiens. Cette démarche nous conduit ainsi à pouvoir avancer plusieurs interprétations au regard de nos hypothèses de recherche.

## CHAPITRE 5 – UN TEMPS DE DECOUVERTE GUIDEE PAR PLUSIEURS INTENTIONS.

« Un des premiers impératifs d'une recherche exploratoire consiste à élaborer, expliciter, justifier et maîtriser les outils à partir desquels on construit notre raisonnement. »

(Fugier, 2009, p.2).

N'ayant eu jusqu'alors que peu d'occasions de développer une véritable pratique professionnelle autre que celle octroyée au stagiaire-étudiant de l'enseignement supérieur, nous avons ainsi toujours envisagé l'étape de l'étude exploratoire, non pas simplement comme une opportunité méthodologique de tester une grille d'entretien, mais également comme l'occasion de découvrir un peu plus en profondeur le(s) domaine(s) concerné(s) par notre recherche. De ce fait, bien que dans une démarche déductive, la partie empirique s'inscrive généralement suivant une temporalité plus ou moins postérieure à celle investie par l'élaboration du cadre théorique, notre question de départ nous a rapidement conduits à effectuer une étude exploratoire en trois temps.

Dans ce cadre, les deux premiers temps ont consisté à explorer et à approfondir notre sujet, en s'attachant à donner la parole à divers acteurs tous plus ou moins concernés par la thématique de la qualité de vie au travail chez les cadres de santé. Nous avons ainsi tout d'abord souhaité rencontrer un praticien de santé et professeur Universitaire en Médecine dont les recherches tournent principalement autour d'un management qualifié de *participatif*, qui favoriserait une plus grande qualité de vie au travail. Puis il nous a semblé essentiel de nous rendre directement au sein d'un Institut de Formation des Cadres de Santé, afin de pouvoir échanger à la fois avec l'équipe pédagogique et plusieurs étudiants.

Quant au troisième et dernier temps, celui-ci s'est davantage tourné vers une mise à l'épreuve de la méthodologie de recherche privilégiée ainsi que de la grille de conduite d'entretien. Nous souhaitions également pouvoir nous exercer une première fois à l'entretien semi-directif que nous n'avions encore jamais éprouvé.

Précisons enfin que contrairement au premier et au troisième temps, le second n'a fait volontairement l'objet d'aucun enregistrement, ni d'aucune transcription, souhaitant ici pouvoir davantage échanger de façon non formelle sur les sujets vers lesquels nous conduisaient les interviewés lorsque nous leurs évoquions notre thématique générale. Dans une approche anthropologique de la formation, nous considérons en effet que ce qu'évoque librement un individu est ce qui fait le plus de sens pour lui, et donc ce qui constitue les expériences de vie qui l'ont le plus formées.

## 1. Une aspiration à aller à la rencontre de l'expérience des professionnels.

Comme nous avons pu le mentionner précédemment, il nous est apparu particulièrement important d'aller rechercher l'expérience de divers acteurs investis à différents niveaux dans notre sujet de mémoire. C'est pourquoi nous avons d'abord rencontré un enseignant-chercheur-praticien, puis un formateur travaillant au sein d'un IFCS, et enfin trois étudiantes-cadres de santé dans ce même IFCS.

### 1.1 Un entretien centré autour des notions de risques psychosociaux et de management participatif.

Notre étude exploratoire a débuté alors même que notre question de départ n'avait pas encore véritablement émergée. En effet, novices en matière de santé au travail, qui plus est chez les travailleurs de la santé, nous souhaitions ainsi pouvoir rapidement nous entretenir avec un expert du domaine afin de pouvoir confronter nos interrogations et nos premières intuitions dans un objectif de plus grande qualité de réflexion.

#### 1.1.1 Présentation.

C'est pourquoi nous avons rencontré le jeudi 24 octobre 2013 un Professeur Universitaire en Médecine, également praticien et Chef de pôle au sein d'un Centre Hospitalier de la Région, donc les recherches tournent à ce jour autour du développement d'un management dit *participatif*, favorisant la qualité de vie au travail des personnels soignants. En nous adressant plus particulièrement à ce professionnel, nous voulions de ce fait pouvoir mettre en lumière les éventuels liens entre la dimension de management et celle des risques psychosociaux au regard des responsabilités attribuées au cadre de santé dans l'exercice de son métier. Nous recherchions en outre plus globalement une première approche du terrain.

Cet échange, qui s'est déroulé dans le bureau professionnel de ce Professeur, a ainsi duré un peu plus de trente minutes. Un ordinateur ainsi qu'un discret micro placés entre nous deux a permis de l'enregistrer, puis de le transcrire<sup>12</sup> suivant la reprise d'un guide que nous avons déjà élaboré l'année précédente en nous inspirant de celui réalisé par Brouaux (2009).

[mot]	Mentionne des expressions corporelles ou des nuances d'intonations dans la voie
(silence)	Indique que l'interviewé s'est tu pendant un long moment.
****	Vise à maquer un nom ou prénom dans un souci d'anonymat.
<b>MOT</b>	Souligne le fait que l'interviewé a particulièrement insisté sur ce mot.

<sup>12</sup> Transcription d'entretien avec le Pr. C\* disponible en annexe, nombre 5.

Enfin pour une question déontologique, nous avons transformé l'identité réelle de notre interviewé pour le nommer Pr. C\*.

C'est dans l'objectif de parvenir aux objectifs que nous nous étions fixés que l'entretien directif nous est alors apparu comme la méthodologie la plus pertinente. En effet, il permettait de laisser une faible liberté d'expression (et donc de subjectivité) à l'individu interrogé, tout en favorisant une maîtrise particulièrement importante de la conduite de notre entretien, et ainsi des thèmes que nous souhaitions plus spécifiquement approfondir.

Nous avons donc réalisé une grille<sup>13</sup> composée de seize questions, suivant les trois principaux axes que nous désirions évoquer avec le Pr. C\* : d'une part, ses travaux de recherches menés sur les thématiques de la qualité de vie au travail et du management participatif ainsi que les raisons expérientielles qui l'ont conduit à s'orienter vers cette voie ; d'autre part, son regard porté en tant que chercheur et praticien sur les facteurs de risques psychosociaux chez les cadres de santé de la fonction publique hospitalière ; et enfin sa justification à la création récente de plusieurs formations universitaires sur la santé au travail et les risques psychosociaux dont il est aujourd'hui co-responsable pédagogique.

### 1.1.2 Analyse.

Notre choix en termes d'analyse s'est orienté vers une reprise synthétique des réponses de l'interviewé qui nous ont semblé les plus pertinentes au regard de l'avancée de notre réflexion. Nous avons en outre fait le choix de les aborder dans l'ordre des questions établies suivant notre grille de conduite d'entretien, en nous centrant exclusivement sur l'analyse du fond et non de la forme, puisque c'est ce qui nous intéressait ici..

Ainsi, après s'être présenté au travers son parcours professionnel et les fonctions qu'il occupe aujourd'hui dans le domaine de la santé (ce dont nous avons déjà évoqué dans la présentation des trois temps de notre étude exploratoire), l'interviewé nous explique que ses travaux de recherche se sont d'abord dirigés vers les soins palliatifs, puis plus récemment vers un management participatif. Le Pr. C\* justifie ainsi cette évolution du fait qu'au début de sa carrière, alors qu'il était encore Professeur en hématologie, deux choses lui ont « *sauté aux yeux* » (I.39) : d'abord, l'existence d'un nombre très important de patients qui mourraient dans son service ; auquel venait s'ajouter la souffrance de son équipe soignante. Aussi pour tenter de faire avancer la situation vers une recherche commune de qualité des soins et de qualité de vie au travail, l'interviewé s'est dirigé vers le développement d'une démarche visant à mieux

<sup>13</sup> Grille d'entretien exploratoire avec le Pr. C\* disponible en annexe, nombre 6.

accompagner le patient dans sa maladie. Puis après avoir vérifié empiriquement si les soignants souffraient effectivement dans leur travail, il a également fait le choix de réfléchir à un modèle visant à ce que ces « *gens [aillent] mieux [pour] mieux prendre en charge les patients.* » (1.62-63).

Dans ce cadre, lorsque nous lui demandons quelle est son expérience des risques psychosociaux en tant que praticien de santé, l'individu interrogé nous répond qu'il a pu s'apercevoir à plusieurs reprises du fait que certains personnels de soins n'allaient « *pas bien* » (1.174). Aussi, cette souffrance est d'après lui « *facile à voir* » (1.171) car « *c'est quelqu'un avec qui on a des difficultés [...] pour parler, qui n'est pas disponible au patient, [...] qui crie, qui sourit jamais.* » (1.171-173). Il ajoute également que « *tout le monde a fait un burn-out à un moment* » (1.308), semblant de ce fait s'inclure dans ces propos généralistes.

Concernant ensuite son point de vue sur le cadre de santé, l'interviewé apparaît persuadé que celui-ci se présente aujourd'hui comme un professionnel particulièrement concerné par la problématique des risques psychosociaux, et cela suivant deux axes. D'un côté, le cadre de santé peut ainsi être « *à l'origine des risques psychosociaux* » (1.189-190) de par le type de management qu'il met en place et qui favorise ou non une certaine souffrance au travail chez les agents de soins placés sous son encadrement. D'un autre côté, il peut être lui-même sujet aux risques psychosociaux au regard de la place de « *tampon* » (1.268) qu'il occupe en sein de l'établissement, situé entre une administration (ou l'équipe de direction), des médecins (ou l'équipe médicale) et des soignants (ou l'équipe de soins) qui poursuivent souvent des préoccupations paradoxales, et auxquelles le cadre doit tenter de répondre.

Aussi, les recherches menées par le Pr. C\* l'ont conduit à identifier le burn-out comme étant l'une des manifestations des risques psychosociaux les plus relevées chez les cadres de santé. Suivant ce constat, l'interviewé tient alors à préciser que le burn-out n'est pas en soi une pathologie mais un état transitoire qui conduit à terme à une pathologie. Les causes de cet état peuvent en outre se diviser en cinq éléments. La première est relative à la personnalité du professionnel de santé, « *c'est le soignant lui-même de par son histoire de vie* » (1.96) à travers « *ses ruptures, son caractère, son perfectionnisme...* » (1.97). Quant aux quatre autres causes, elles dépendent de facteurs environnementaux favorisant le développement plus ou moins important d'un stress. Nous y retrouvons d'abord ce que le Pr. C\* nomme « *le type de travail* » (1.114), la charge de travail, l'organisation et enfin le management mis en place par l'encadrement. C'est pourquoi notre interrogé résume les causes du burn-out à « *la jonction entre un environnement et une personnalité.* » (1.307).

Enfin, le Pr. C\* estime que la variable *jour* ou *nuit* dans les conditions de travail du cadre de santé peut jouer sur la qualité de vie de ce dernier, au sens où « *il est plus facile d'être reconnu la nuit que le jour* » (1.248) car la nuit l'équipe de direction n'est pas présente, réduisant de ce fait les interlocuteurs à deux équipes (celle médicale et celle de soins). De plus, il existerait « *une relation [...] plus importante entre l'équipe soignante et le cadre la nuit que le jour* » (1.256-258). Nous devons alors ici reconnaître que ces éléments nous ont quelque peu étonnés car nous pensions au contraire que la variable *nuit* favoriserait davantage les RPS du fait que le cadre de santé serait en décalage avec le reste de la société qui travaille principalement de jour. Il nous a donc semblé intéressant de garder en tête cette variable dans l'objectif de voir, au regard de l'avancé de notre réflexion, s'il serait pertinent de la retenir pour nos entretiens finaux.

En ce qui concerne à présent l'attitude de l'équipe de direction au regard des risques psychosociaux, le Pr. C\* estime que « *ça devient vraiment une préoccupation à la fois de la part de l'établissement de santé hein [...] et du travail en général.* » (1.378-379), ajoutant que « *c'est actuellement quelque chose qui devient vraiment très important.* » (1.380-381). Dans ce cadre, il pense que « *si on met des mesures correctives par rapport à ce qui va mal, après on fera de la prévention* » (1.434-435). Cette démarche active en matière de qualité de vie au travail est pour lui d'autant plus importante qu'elle relève d'un enjeu de climat social et professionnel apaisé, et cela selon deux axes majeurs : le premier dépend de la qualité des soins qui est en relation directe avec la qualité de vie au travail des personnels soignants ; le second est lié aux finances car la souffrance coûte cher aux établissements.

Pour finir, l'interviewé nous explique que son principal objectif au travers la création de plusieurs actions de formations consiste à faire connaître et reconnaître son modèle de management afin que « *les gens aillent mieux* » (1.577). Pour ce faire, le management participatif repose principalement sur deux points. Le premier est la création d'espaces d'échanges où l'écoute et le dialogue sont omniprésents. Le second est le développement d'une démarche de projets pluridisciplinaires « *qui fait que quand on a une difficulté dans le service, au lieu de trouver une solution, on demande à l'équipe de chercher la solution* » (1.183-184) qui aide à une meilleure compréhension globale du système.

## 1.2 Des échanges non formels propices à la découverte.

Un second temps de notre exploration a consisté à nous rendre directement dans un Institut de Formation des Cadres de Santé pour dialoguer de façon non formelle avec, d'une part, un membre de l'équipe pédagogique, et d'autre part, quelques étudiants. Les objectifs que nous poursuivions ici étaient alors de trois ordres : découvrir l'IFCS d'un point de vue pédagogique, organisationnel et historique ; connaître le regard que porte sur notre thématique un professionnel chargé de former au mieux les futurs cadres de santé afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités à venir ; et relever les motivations ainsi que les représentations que possèdent les étudiants sur le métier de cadre de santé.

Ce temps de découverte qui a reposé à la fois sur un apport d'informations et un partage d'expériences s'est alors révélé pour nous extrêmement riche en termes d'apprentissages. Nous y avons en effet appris que cet IFCS propose depuis deux ans une offre de formation particulière au sens où elle s'organise en partenariat avec l'Université. Ainsi en dix mois (temps de la formation dispensée à l'IFCS), ce dispositif permet de valider à la fois le Diplôme Professionnel de Cadre de Santé, mais aussi les premières années des Masters Sciences de l'Education et de la Formation, et Promotion et Gestion de la Santé. Ce partenariat vise en outre à favoriser chez l'étudiant le développement d'une réflexivité visant à prendre de la distance sur sa pratique.

Quant aux choix pédagogiques relatifs aux risques psychosociaux, ils consistent à investir le programme légal de façon transversale. Ainsi les RPS sont directement abordés dans un module, celui de la *Santé publique*. Néanmoins, la thématique est essentiellement fondue dans l'ensemble du programme, suivant la volonté que tout enseignement reçu puisse participer à nourrir la réflexion de l'étudiant. L'objectif poursuivi ici est donc avant tout de sensibiliser le futur cadre de santé en lui offrant certaines clefs pour parvenir, une fois dans la pratique, à se préserver individuellement tout en veillant à *prendre soin de son équipe*.

En ce qui concerne ensuite de savoir quel point de vue un formateur peut porter sur la problématique des RPS chez le cadre de santé, celui qui nous a accueillis estime que plusieurs facteurs de souffrance psychologique au travail sont liés à l'Histoire-même du statut d'encadrant de proximité. En effet, avant d'être reconnu comme *cadre de santé*, ce dernier a d'abord été *surveillant* puis *cadre infirmier*, suivant une logique d'évolution professionnelle du métier d'infirmière envisagé comme les petites mains du médecin. Cette emprise médicale a ainsi véritablement investie la culture soignante et, selon ce formateur, reste d'ailleurs encore très prégnante dans la représentation actuelle du cadre de santé au regard de l'équipe



médicale. De plus, le cadre vient s'inscrire dans les valeurs du service public hospitalier qui consistent à assurer un service de soins continu, et cela quoi qu'il advienne. Dans ces conditions, la culture de l'Hôpital implique de ne jamais dire *non* dans une préoccupation permanente de *prendre soin de* l'autre en s'oubliant très souvent soi-même. En outre, notre interviewé souligne lui-aussi l'importance que joue dans les facteurs de RPS la place du cadre au sein de l'Hôpital. Il nous explique ainsi que celui-ci est un professionnel en permanence confronté à de multiples injonctions paradoxales qu'il doit réussir à dépasser pour remplir au mieux ses responsabilités. Ainsi pour notre formateur, la fonction de cadre dans sa généralité est à envisager comme celui qui *cultive son jardin*, au sens où sa mission première est de faire en sorte que les personnels de soins prennent conscience qu'ils possèdent chacun différentes parcelles de terrain dont *la culture individuelle* permet de développer *le jardin collectif*.

Enfin, plusieurs éléments majeurs sont ressortis des échanges que nous avons eus avec trois étudiantes-cadres de santé du même IFCS. D'abord parmi ces trois personnes, deux ont déclaré avoir déjà connu des moments de souffrance au travail de telle sorte que l'une d'elle a fait l'objet d'un suivi psychologique pendant plusieurs mois. Cette personne nous évoque alors à plusieurs reprises le rôle essentiel qu'a joué pour elle, lors de ces moments de profond mal-être, le soutien de sa direction mais aussi celui de ses pairs et de son équipe de soins. Elle précise même que c'est le partage de valeurs communes, celles défendues dans le secteur public hospitalier, qui lui a sauvé la vie. C'est pourquoi toutes les trois s'accordent à dire que l'accompagnement est une dimension absolument primordiale dans la prévention des RPS chez les cadres de santé. Celui-ci doit en outre venir à la fois de l'intérieur de l'établissement, par le soutien de la direction et des pairs, mais également de l'extérieur du lieu de travail, par la mise en place de temps d'analyses de pratiques ou de suivi psychologique, si nécessaire.

Puis lorsque nous leur demandons quel(s) regard(s) elles portent sur la profession de cadre de santé, elles nous confirment (comme nous l'avait évoqué préalablement le formateur) que l'une des grandes difficultés de ce professionnel est celle de savoir dire *non*. Dans cette situation, le cadre est par conséquent quelques fois confronté à des dilemmes éthiques entre les valeurs de l'institution et la réalité du terrain.

## **2. Une volonté d'éprouver notre réflexion.**

Le troisième et dernier temps de notre étude exploratoire a visé à nous entretenir avec un cadre de santé actuellement en poste dans un Centre Hospitalier de la Région, et cela pour trois principales raisons : d'une part, tester une première fois la validité de notre grille d'entretien afin d'y effectuer les éventuelles modifications nécessaires pour la bonne

réalisation des entretiens finaux ; d'autre part, pouvoir nous exercer à la conduite d'une méthodologie qualitative, celle de l'entretien semi-directif, que nous n'avions encore jamais éprouvée ; et pour finir, continuer à enrichir notre réflexion en découvrant d'éventuels nouveaux éléments auxquels nous n'avions pas encore penser. En tout état de cause, nous souhaitions pouvoir nous placer dans les conditions *réelles* des entretiens finaux.

## 2.1 Présentation du déroulé de l'entretien.

Afin de parvenir à atteindre ces objectifs, nous avons préalablement réalisé une grille de conduite d'entretien<sup>14</sup> suivant la même démarche détaillée pour l'interview mené avec le Pr. C\* avec néanmoins la volonté d'évoluer du mode directif vers celui semi-directif. En effet, il nous semblait important de pouvoir laisser, à terme, une liberté d'expression plus grande à l'individu interrogé, tout en gardant une certaine maîtrise sur les grands thèmes à aborder. De plus, ayant déjà privilégié comme méthodologie finale celle de l'entretien semi-directif (pour des raisons que nous justifions dans la partie méthodologique), nous souhaitions pouvoir nous entraîner à sa conduite. Notre grille s'est ainsi présentée sous la forme d'une dizaine de questions réparties en trois grands thèmes, à savoir : le parcours de formation et le parcours professionnel de l'interviewé ; l'organisation, les conditions de travail et le management ; et enfin l'approche psychologique de l'individu.

Cet entretien exploratoire s'est déroulé le mardi 21 janvier 2014, sur le lieu de travail d'une femme cadre de santé âgée de plus de 50 ans, et exerçant depuis de nombreuses années dans un service d'enregistrement électro-encéphalographique d'un important Centre Hospitalier de la Région. Précisons ici que ce lieu n'a pas été un choix de notre part puisque, estimant que cet espace pourrait brider la parole, nous désirions au contraire pouvoir nous entretenir hors du lieu d'exercice professionnel de l'interviewé. Toutefois c'est pour une question de disponibilité de cette personne que nous n'avons malheureusement pas pu répondre à cette volonté. C'est donc dans le bureau professionnel de ce cadre de santé que nous nous sommes entretenus pendant un peu plus de quarante-cinq minutes, un ordinateur et un discret micro étant placés de nouveau entre nous et l'interrogé afin d'enregistrer l'échange puis le transcrire<sup>15</sup>. Le respect de l'anonymat nous a en outre conduits à renommer cette personne sous le nom de Mme. A\*.

<sup>14</sup> Grille d'entretien exploratoire avec Mme. A\* disponible en annexe, nombre 7.

<sup>15</sup> Transcription d'entretien avec Mme. A\* disponible en annexe, nombre 8.

## 2.2 Analyse synthétique de l'entretien.

Puisque ce que nous recherchions ici portait à la fois sur la forme et le fond, nous avons ainsi fait le choix d'orienter notre analyse suivant ces deux mêmes axes.

### 2.2.1 Analyse de la forme.

Tout d'abord d'un point de vue de la durée, cet échange s'est déroulé sur un peu plus de quarante-sept minutes, ce qui, nous semble-t-il, paraît être un temps correct, voir-même plutôt assez long pour un entretien basé sur une méthodologie semi-directive. Cette temporalité peut en outre indiquer, d'une part, que le nombre de questions prévues dans la grille de conduite était suffisant, peut-être même trop important ; et d'autre part que nous avons réussi à installer un climat de confiance, facilitateur d'une certaine liberté d'expression chez l'interviewé..

Concernant ensuite les indications scéniques, le nombre de sourires et de rires répartis de façon équilibrée entre Mme. A\* et nous-mêmes paraît sous-entendre le fait que l'échange s'est déroulé dans une ambiance relativement décontractée, et que nous étions toutes les deux en pleine écoute l'une de l'autre. D'autres didascalies<sup>16</sup> (*[me montre la porte avec ses mains]* 1.353, *[me montre son planning]* 1.159), ou encore à plusieurs reprises (*[frappe sur la table avec ses mains]*) permettent quant à elles de présenter Mme. A\* comme quelqu'un d'expressif, de spontané et de complètement investi dans l'échange.

Puis il apparaît, au regard de notre grille, que l'ensemble de nos questions étaient aisément compréhensibles, l'interviewée y répondant presque toujours de façon directe, sans demande de précisions. Seules les deux dernières questions relatives au degré de connaissance de soi en tant que professionnel et personne dans sa globalité font exceptions, engageant ainsi une probable reformulation les concernant.

Enfin nous pouvons remarquer qu'à plusieurs reprises, le cadre de santé interrogé n'a pas attendu que nous finissions de poser notre question pour y répondre immédiatement. Cet enchaînement de questions-réponses conduisant à un rythme global relativement soutenu peut alors indiquer plusieurs choses : d'un côté, que l'interviewé témoigne un véritable intérêt pour notre thématique de recherche ; d'un autre côté, que sa volonté à s'exprimer sur le sujet et à faire part de son vécu en la matière est forte ; et pour finir, que nos questions sont en lien avec la réalité du terrain.

<sup>16</sup> Si nous osons le parallèle avec la littérature théâtrale.

Néanmoins, il semble que nous ayons construit une grille d'entretien, puis mené l'entretien en lui-même suivant une méthode, non pas semi-directive, mais directive. Le nombre de nos questions semble en effet avoir été trop important, et la conduite de l'entretien réalisée presque strictement au regard de celles-ci. Nous estimons ainsi avoir trop orienté les réponses de l'interviewé vers ce que nous voulions entendre. Le point positif reste toutefois le fait que nous ayons réussi à installer rapidement un climat de confiance, facteur d'une parole plus ouverte et plus spontanée, et donc propice à l'expression d'une plus grande subjectivité.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que cet entretien a selon nous tout à fait rempli son rôle d'exploration, puisqu'il nous a permis de nous confronter à la méthodologie privilégiée en prenant conscience, d'une part, que notre grille n'était pas correctement construire, et d'autre part, que nous devons veiller, à terme, à ne pas être trop directif en laissant ainsi une liberté d'expression relativement importante à l'interrogé. Il est en outre venu conforter la posture d'interviewer que nous souhaitions éprouver.

### 2.2.2 Analyse du fond.

Pour analyser le fond de cet entretien, c'est-à-dire son contenu, nous avons opté pour une approche selon trois orientations : le management, la formation, et les risques psychosociaux.

Concernant ainsi les éléments du discours qui peuvent venir s'inscrire sous la dimension du management, nous distinguons plus précisément deux axes : le premier consiste à envisager le cadre de santé comme managé, alors que le second vise au contraire à le penser comme manager.

Ainsi **en tant que managé**, Mme. A\* exprime une insuffisance de communication, tant de la part de sa hiérarchie que de l'ensemble des professionnels qui travaillent au sein de son établissement : « *chacun fait sa petite salade dans son coin, sans voir si sa salade a une conséquence, une incidence sur l'organisation des autres* » (1.209 à 1.212). Elle nous mentionne également ce qui semble être un manque de compréhension de la direction quant aux conditions de travail qui sont les siennes : « *Notre directrice des soins nous envoie tous les jours un tas de trucs à lire. Moi je n'ai pas le temps de les lire !* » (1.260-261). Néanmoins, notre interviewée précise que sa relation avec sa chef de service est plutôt bonne, ce qu'elle justifie du fait que toutes deux partagent les mêmes attentes professionnelles : « *...on fait un bon binôme toutes les deux parce que l'une comme l'autre, on axe notre vie sur le service.* » (1.385 à 1.388). Elle définit en outre ses rapports avec l'équipe médicale comme eux-aussi relativement bons,

exceptés quelques comportements individuels d'agressivité : « *Globalement avec les médecins, ça se passe bien.* » (1.392 à 1.393).

Maintenant **en tant que manager**, il apparaît que les liens entretenus par Mme. A\* avec son équipe de soins soient extrêmement forts dans la mesure où elle nous indique que celle-ci se présente pour elle comme une véritable seconde famille. Ainsi, malgré quelques difficultés ponctuelles éprouvées notamment en termes de gestion des plannings, notre interviewée tient à indiquer qu'elle essaie toujours d'être la plus arrangeante possible, mais dans les limites qu'elle s'impose pour la bonne conduite de son service. En effet, il est selon elle indispensable que sa relation avec les soignants puisse reposer sur une réciprocité, en estimant que cette attitude d'égal à égal permet en retour une plus grande compréhension de leur part face aux difficultés qu'elle rencontre : « *...moi je trouve que si on n'est pas sympa avec l'équipe, l'équipe ne sera pas sympa avec nous. Faut que ce soit du donnant-donnant.* » (1.378-379). Toutefois, lorsqu'aucune négociation n'est possible elle précise toujours veiller à argumenter ses choix auprès des professionnels concernés. C'est pourquoi elle déclare pratiquer globalement un management participatif, mais admet que certaines situations la poussent à privilégier davantage un management directif.

L'ensemble de ces éléments conduit de ce fait Mme. A\* à envisager le cadre de santé comme « *le nœud de l'équipe* » (1.477) qui doit à la fois satisfaire les injonctions gestionnaires de la direction, tout en veillant à garantir une certaine qualité de vie au travail chez les soignants. Les responsabilités qui en découlent reposent ainsi, d'après elle, non seulement sur un pan organisationnel de bien-être individuel, mais aussi sur un pan financier de performance et de compétitivité. C'est pour ces raisons qu'elle envisage cette profession comme « *un poste très, très exposé.* » (1.320) .

Du point de vue à présent du domaine de la formation, nous distinguons de nouveaux deux axes principaux : l'un relatif au parcours de formation de notre interviewée, et l'autre renvoyant plus généralement à la notion de formation expérientielle.

En ce qui concerne le **parcours de formation** de Mme. A\*, celle-ci nous indique qu'elle a tout d'abord intégré une Ecole de manipulateur en électroradiologie afin d'être diplômée d'Etat dans le domaine, et rejoindre ainsi le secteur de la santé. Son cursus initial a par conséquent principalement reposé sur une formation à très forte finalité professionnelle, où l'objectif des enseignements visait avant tout la transmission de pratiques en lien directe avec la future activité. C'est ensuite par le biais d'un concours interne lancé dans l'établissement au sein duquel elle travaillait que notre interviewée a évolué d'un poste de manipulatrice à celui

de surveillante, et cela sans-même effectuer une formation à l'IFCS. Elle s'est donc vue attribuée du jour au lendemain des responsabilités d'encadrement qu'elle n'avait jusqu'alors jamais éprouvés : « *Donc moi je me suis retrouvée à ce poste de surveillant je vais dire du jour au lendemain quoi.* » (1.58). Néanmoins, elle reconnaît qu'une fois en poste, elle a pu se professionnaliser grâce à plusieurs formations portant notamment sur le management et le process de communication. Elle estime d'ailleurs que ces dernières se révèlent aujourd'hui extrêmement importantes pour assumer au mieux ses nombreuses responsabilités, malgré le fait qu'elles ne suffisent pas à elles-seules. En effet, il existerait selon notre interviewée une partie d'innée dans la fonction de management : « *Bon la formation c'est une chose mais y'a aussi beaucoup de...inné* » (1.88), « *Parce que je crois que, quand on encadre une équipe, bon ce qu'on nous apprend à l'Ecole c'est bien mais ce qui nous sort des tripes, c'est bien aussi.* » (1.89-90).

Ces derniers éléments nous permettent dès lors d'effectuer la transition avec le second axe, à savoir celui de **la formation expérientielle**. Dans ce cadre, Mme. A\* nous indique rechercher régulièrement à échanger sur sa pratique, mais de façon le plus souvent non formelle ou informelle. Elle estime en outre que ces espace-temps sont un véritable manque au sein de l'Institution car leur reconnaissance favoriserait une harmonisation des pratiques dans un objectif de plus grande efficience des soins. Toutefois, elle reconnaît ne pas disposer elle-même d'assez de temps pour mettre en place régulièrement et de façon officielle ces moments au sein de son propre service. C'est donc en nombre très restreint et au regard d'une nécessité d'ordre pratico-pratique qu'elle se limite à l'organisation ponctuelle de réunion sur ce mode d'intervention. Elle considère par ailleurs que la mise en place effective de ces temps renverrait à imposer une rigueur supplémentaire à un service qui doit être en mesure d'accueillir les patients en continu : « *Mais c'est difficile d'organiser des temps comme ça parce que c'est... c'est une rigueur supplémentaire et des freins supplémentaires [...]. On accueille les urgences, on a un programme...* » (1.342 à 1.345).

Quant au rapport que Mme. A\* semble plus particulièrement entretenir avec la notion d'expérience, les propos avancés par cette dernière nous font penser que plus le cadre de santé a justement de l'expérience dans la profession, et plus le métier devient psychologiquement difficile à supporter. En effet, notre interviewée a pu nous témoigner à plusieurs reprises de son extrêmement sensibilité quant à la souffrance de son équipe de soin : « *Prenez pas un cadre qui sort de l'Ecole car il n'a pas encore beaucoup de recul mais prenez quelqu'un qui a déjà dix ou quinze ans d'expérience et... Et voir son équipe en souffrance, c'est douloureux pour un cadre hein, c'est douloureux.* » (1.452 à 454).

Cette dernière assertion nous permet ainsi d'aborder la troisième et dernière dimension que nous souhaitons pouvoir ici analyser, à savoir celle des **risques psychosociaux**. Dans ce contexte, Mme. A\* nous est apparue comme une professionnelle qui, après plus de trente-trois ans d'activité en tant que manipulatrice radio, surveillante, cadre infirmier, et enfin cadre de santé, se trouve aujourd'hui dans un état psychologique quelque peu difficile. Elle se définit en effet elle-même comme quelqu'un de « *fatiguée* » (1.505), de frustrée et d'essoufflée. Pleinement investie dans son quotidien de manager et de gestionnaire qui lui impose un rythme implacable, elle doit ainsi faire face aux urgences et à l'afflux imprévu des patients en cherchant à adapter constamment l'organisation de son service. Notre interviewée déclare dès lors manquer terriblement de temps pour faire face à l'ensemble de ses responsabilités, encore plus lorsqu'il s'agit de s'arrêter quelques minutes pour prendre de la distance sur sa pratique. De plus, les informations qu'elle reçoit paraissent tellement nombreuses qu'elle ne semble plus savoir par où commencer. Cette situation la conduit par conséquent à avoir « *l'impression de tout survoler et de ne rien faire à fond* » (1.162), en ne se trouvant absolument plus dans en proximité réelle avec son équipe, ce pourquoi elle aimait tellement, au départ, sa profession de surveillante. Elle doit en outre composer avec le fait d'être constamment interrompue dans l'exercice de son travail, entre le téléphone qui ne cesse jamais de sonner et son équipe qui frappe régulièrement à sa porte pour lui faire part de ses difficultés. L'ensemble de ces conditions conduisent ainsi Mme. A\* à nous évoquer une situation de « *galère* » (1.241), en allant même jusqu'à déclarer que ses collègues auront un jour « *sa peau* » (1.559-560).

Elle reproche alors à l'équipe de direction d'être en partie responsable d'une dégradation générale de sa qualité de vie au travail, nous expliquant que la mise en place progressive de différentes strates dans le secteur de la santé a eu pour effet une perte d'identification de l'autorité et un manque croissant de communication dans l'organisation. Aussi notre interviewée estime que la direction ne tient aujourd'hui pas compte de son avis et de son expérience, et cela même lorsque les décisions qui sont en jeu concerne directement son service. Elle nous mentionne en effet que « *l'équipe a déménagée avec une pièce beaucoup plus petite, des conditions de travail nettement moins bonnes que ce qu'elles avaient avant. Et euh, et bien moi en tant que cadre, on m'a mis devant le fait accompli. [...] Et ça c'est terrible.* » (1.320-321).

Mais ce qui paraît être la plus grande source de souffrance psychologique pour notre cadre de santé est de voir les membres de son équipe de soins eux-mêmes en souffrance du fait d'une gestion à flux tendu, impliquant des situations d'urgences perpétuelles : « *ça ne désemplit pas. Et ça, je crois que quand on est cadre, on le vit mal. Quand on sent que son équipe est pas bien, on le vit mal. Quand on sent que son équipe fait le maximum et que de toute façon on*

*apporte pas entière satisfaction au patient... » (1.444 à 1.447) Ainsi pour préserver psychologiquement et physiquement ses soignants, notre interviewée nous explique être prêt à sacrifier sa propre santé suivant les valeurs du service public hospitalier qu'elle résume par l'idée de *prendre soin de l'autre*.*

Pourtant, malgré l'exposition à ces conditions de travail psychologiquement difficiles, Mme. A\* finit par nous déclarer qu'elle est aujourd'hui épanouie dans sa profession car elle aime ce qu'elle fait. Ce fort paradoxe semble par conséquent renvoyer à l'idée que le travail est une dimension de l'existence humaine qui mêle à la fois une notion de souffrance et d'épanouissement personnel.

Pour conclure, cet entretien nous a ainsi permis de mettre en avant les éléments suivants :

- L'importance de la notion de communication dans l'organisation du travail,
- Le rôle que joue le cadre supérieur en termes de soutien auprès du cadre de santé,
- Les liens très forts qui peuvent exister entre le cadre de santé et son équipe de soin,
- La place qu'occupe l'expérience dans la formation du cadre de santé,
- La notion de travail entre souffrance et épanouissement personnel,
- L'importance des valeurs du service public hospitalier et la dimension de proximité.
- La position de pivot du cadre de santé.



## **CHAPITRE 6 – DE L’EXPLORATION A LA CONSTRUCTION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.**

*« Les méthodes qualitatives débouchent sur l’explication des « significations »  
et du « sens » donné aux choses de la vie. »*

(Muchielli, 2009, p.180).

Rappelons que ce mémoire a été guidé par la volonté de savoir en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d’assumer les responsabilités qui sont les siennes dans l’exercice de son métier.

Dès lors, l’étude exploratoire que nous avons menée en trois temps nous a permis de nous confronter pour la première fois au terrain en y approfondissant notre sujet d’étude, tout en y éprouvant notre méthodologie de recherche. C’est ainsi grâce à ces premières rencontres auxquelles se sont adjointes plusieurs notions théoriques que nous sommes progressivement arrivés à l’émergence d’une question de recherche :

**Dans quelle(s) mesure(s) la place accordée ou non à la pratique réflexive par le cadre de santé dans l’exercice de son métier influe-t-elle sur sa qualité de vie au travail ?**

A cette question, nous y avons alors avancé les hypothèses suivantes :

- L’existence, sur le lieu de travail, d’espace-temps reposant sur un partage de vécus entre collègues induit une pratique réflexive comme source de formation expérientielle.
- Cette pratique réflexive influe positivement sur la qualité de vie au travail du cadre de santé car elle permet respectivement : une plus grande compréhension de soi et de son environnement ; la préservation d’un certain équilibre psychosocial ; un accomplissement de soi.

Aussi pour pouvoir valider ces dernières, nous nous sommes une nouvelle fois rendus sur le terrain afin de donner la parole aux premiers professionnels impliqués dans cette étude, à savoir les cadres de santé.

### ***1. Du choix de la population et du terrain d’étude.***

C’est dans l’objectif initial de faire le lien entre notre lieu de stage et cette recherche que nous avons privilégié, pour la réalisation de celle-ci, la thématique de la santé au travail chez les travailleurs de la santé. Dès lors, ayant rejoint l’OPCA de la Fonction Publique Hospitalière pour concevoir un dispositif d’accompagnement aux politiques de prévention santé au travail auprès des établissements de la Région, notre terrain d’étude a fortement été

délimité dès le départ. Toutefois, en faisant volontairement le choix de ne pas reprendre ce projet comme sujet de mémoire, c'est librement que nous avons ainsi pu cibler d'avantage nos critères en matière de population.

### 1.1 Une population particulièrement définie.

Alors que le thème général de cette recherche s'est rapidement présenté à nous comme une évidence du fait de notre mission en tant que stagiaire et de notre inclinaison naturelle vers la psychosociologie, le choix de la population restait quant à lui relativement ouvert.

Aussi, après avoir hésité pendant un certain temps entre deux catégories socioprofessionnelles, celle des infirmières et celle des cadres de santé, nous nous sommes orientés définitivement vers la seconde dans la mesure où nous avons perçu un lien d'influence entre, d'une part, la santé psychologique des cadres ; d'autre part, celle des équipes dont ces derniers ont la responsabilité ; et pour finir, la qualité des soins offerts aux patients. Ainsi, en tant que managé-manager, il nous a semblé que le bien-être du cadre était primordial pour assurer par la suite celui de son équipe, et donc à terme, la qualité des soins dans son ensemble.

Dès lors, l'étude exploratoire et l'approche conceptuelle qui ont été menées nous ont conduits vers l'identification de plusieurs critères, cernant un peu plus encore notre population :

- D'abord, nous souhaitions que nos interviewés cadres soient tous diplômés d'Etat et qu'ils aient ainsi effectué une formation au sein d'un IFCS. En effet, bien que le statut des « faisant-fonctions » nous soit apparu extrêmement intéressant à prendre en compte en matière de problématique de bien-être au travail, nous avons néanmoins estimé que leur situation professionnelle représentait un sujet d'étude à elle-seule. Aussi, c'est avant tout pour une question de faisabilité, au regard du temps qui nous était imparti, que nous n'avons pas retenu cette population dans notre choix final.
- Ensuite, nous désirions qu'au minimum un des cadres interrogés exerce ou ait exercé au sein d'un service réputé pour fonctionner sur le modèle du management dit *participatif*. Ce critère nous semblait ainsi particulièrement pertinent dans la mesure où nous avons pu conceptuellement envisager les modalités de mise en œuvre et les bienfaits psychologiques de ce type de management sur ceux qui l'éprouvent.

- Nous recherchions également des cadres évoluant au sein d'un même établissement, mais sous des pôles ou dans des services différents. De ce fait, nous voulions relever si, au sein d'un environnement se présentant comme potentiellement le même, ces dimensions structurelles de pôle et de service peuvent jouer sur la qualité de vie au travail des professionnels.
- Enfin, nous avions pour volonté de donner la parole à des cadres qui n'ont pas la même ancienneté dans le métier. Dès lors, en arrêtant notre choix sur un premier tout juste diplômé, un second en poste depuis plus 5 ans ; et un troisième exerçant depuis plus de 10 ans, nous avons estimé pouvoir apprécier l'expérience de chacun afin de percevoir dans quelle(s) mesure(s) celle-ci peut influencer sur leur bien-être individuel.

N'ayant en outre pas déterminé au départ le nombre exact de cadres de santé que nous souhaitions interroger, l'ensemble de ces critères nous a progressivement conduit à n'en privilégier que trois, et cela quel que soit leur âge, leur genre et leur situation familiale.

## **1.2 Un terrain d'étude préféré pour son envergure et son accessibilité.**

C'est suite aux choix arrêtés au préalable quant à la population de cette étude que nous avons déterminé plus précisément notre terrain de recherche.

Dans ce cadre, un Centre Hospitalier a alors rapidement retenu notre attention, essentiellement du fait que nous aillions eu connaissance de la mise en place, au sein de l'un de ses services, d'un management dit participatif. Possédant en outre son propre Institut de Formation des Cadres de Santé (le seul de la région), et étant structurellement organisé à la fois en pôles et en services, cet établissement semblait parfaitement correspondre aux critères que nous avons identifiés pour notre recherche. Situé par ailleurs à proximité directe de notre université ainsi que de notre lieu de vie, il évitait de nombreux déplacements, et par conséquent, une perte de temps cruciale.

## **1.3 Des démarches de prises de contacts relativement complexes.**

Nous devons en premier lieu préciser ici que les démarches de prises de contacts engagées par nos soins ont été nombreuses et complexes, à tel point de penser que nous ne parviendrons pas à réaliser cette recherche comme nous le souhaitions initialement. Aussi, avant de mener un retour réflexif sur celles-ci dans l'objectif de comprendre ce qui a pu poser difficultés, attachons-nous d'abord à en présenter les modalités et la conduite générale.

C'est une fois notre terrain de recherche arrêté que nous nous sommes ainsi attachés à prendre contact avec l'équipe de direction du Centre Hospitalier identifié. Nos objectifs étaient alors doubles : d'une part, présenter notre projet de recherche afin d'en emporter l'adhésion de la hiérarchie ; et d'autre part, se voir délivrer l'autorisation d'interviewer certains de leurs cadres de santé. Nous avons en effet opté pour cette démarche dans la mesure où plusieurs de nos interlocuteurs, essentiellement issus du domaine de la santé, nous ont fortement conseillé de chercher d'abord à obtenir l'approbation de la direction avant toute action, et cela du fait de *la sensibilité* de notre sujet. Dès lors, côtoyant ponctuellement, dans le cadre de notre mission de stage, l'une des membres de l'équipe de direction en question, c'est oralement que nous avons pour la première fois évoqué notre thématique et notre projet de recherche à cette personne. Aussi, cette dernière paraissait très intéressée. C'est pourquoi elle nous a invités à contacter la directrice des soins afin de convenir toutes trois ensemble d'un rendez-vous pour échanger sur le sujet. Ce que nous avons immédiatement fait par mail.

Nous pensions alors que le retour se ferait rapidement et de façon positive. Or un mois après, n'ayant toujours aucune date de rendez-vous fixée malgré quelques réponses évasives faites par cette directrice des soins, nous avons décidé de changer de stratégie. C'est donc directement aux cadres de santé que nous nous sommes par la suite adressés afin de trouver les trois volontaires que nous recherchions. Plusieurs méthodes ont pour cela été privilégiées.

Nous nous sommes d'abord adressés au Pr. C\*, rencontré lors de notre étude exploratoire, afin qu'il puisse nous mettre en contact avec un cadre de santé ayant recourt à un management participatif dans l'exercice de son métier. Cette démarche s'est ainsi une nouvelle fois réalisée par mails, tant avec le Pr. C\* qu'avec la professionnelle à laquelle avait pensé ce dernier, et c'est assez rapidement que nous avons obtenu un premier accord de principe d'une femme âgée de 43 ans, et exerçant depuis plus de 5 ans en tant que cadre au sein du même service. Toutefois, cette dernière a exigé que nous obtenions l'autorisation de sa direction pour finaliser l'entretien. C'est donc sous couvert de cette approbation que nous avons repris contact avec la directrice de soins du Centre Hospitalier, directrice qui avait changé entre temps. Cette nouvelle personne a alors répondu très rapidement à notre demande en nous indiquant une date de rendez-vous afin que nous puissions nous rencontrer. Aussi, à la suite de cet échange, nous avons obtenu l'autorisation officielle pour nous entretenir avec notre cadre de santé. Il nous restait donc à trouver les deux autres profils, à savoir l'un tout juste sorti de l'IFCS, et l'autre possédant à l'inverse une ancienneté dans la profession de plus de

10 ans. Nous devions en outre veiller à ce qu'aucun de ces profils ne travaillent au sein du même service, voir-même si possible au sein du même pôle que le premier.

Pour ce faire, nous avons fait appel à notre tout relatif réseau dans le milieu de la santé afin qu'il nous aide à trouver les deux interviewés qui nous manquaient. La démarche à laquelle nous avons alors eu recours a quelque peu varié de la première dans la mesure où nous n'avons pas eu besoin de rencontrer une nouvelle fois l'équipe de direction. En effet, les professionnelles qui ont pris contact avec nous n'ont pas estimé nécessaire d'obtenir l'autorisation de leur hiérarchie du fait qu'elles ne souhaitent pas que nos échanges se déroulent sur leurs lieux de travail. Dès lors, nous avons rapidement obtenu nos deux accords supplémentaires : l'un, d'une jeune femme âgée de 34 ans et en poste depuis tout juste quelques mois ; et l'autre, d'une femme âgée quant à elle de 52 ans, et exerçant le métier de cadre de santé depuis plus de 10 ans.

Aussi par chance, nos trois professionnelles volontaires ne travaillaient à cette époque, ni dans le même service, ni sous le même pôle.

Mais tentons à présent de comprendre pourquoi nous avons rencontré quelques difficultés quant à l'obtention des autorisations hiérarchiques pour nous entretenir avec des cadres de santé. Nous expliquons ainsi d'abord cette réticence du fait, nous semble-il, de l'actualité et de la sensibilité de notre thématique de recherche, qui plus est dans le monde de la santé dont plusieurs études scientifiques ont pu récemment mettre en avant l'existence d'un mal-être profond chez de plus en plus de soignants. Dès lors, nous pouvons tout à fait comprendre les relatives résistances faites par la direction du Centre Hospitalier qui a probablement éprouvé quelques inquiétudes, non seulement du fait que nous ne n'appartenions pas au domaine de la santé, mais aussi et surtout que nous puissions, en tant qu'étudiante menant une recherche, porter un jugement ou relever certaines choses qui ne vont pas. Aussi, en acceptant de donner la parole à ces managers de proximité, la hiérarchie prenait le risque de les voir dénoncer d'éventuelles mauvaises conditions de travail, ou tout du moins de les conscientiser. Nous étions d'ailleurs tout à fait lucides, depuis le début de cette recherche, sur le fait que notre choix de sujet pouvait amener à rencontrer ce genre de difficultés. C'est pourquoi nous avons réfléchi au préalable à la meilleure façon d'aborder les directions afin que celles-ci perçoivent l'intérêt, et non le danger, de notre étude. Toutefois, même préparé et réfléchi, notre argumentaire ne semble pas avoir suffi, témoignant ainsi selon nous de l'extrême enjeu qui se trouve aujourd'hui placé derrière ces problématiques de santé, de bien-être et de qualité de vie au travail.

## 2. *L'instrument de recueil privilégié : l'entretien semi-directif.*

Mentionnons que l'expression de notre question de départ a en grande partie été orientée par notre sensibilité à un rapport au savoir dans lequel la dimension *expérientielle* se présente comme une véritable richesse d'apprentissage. Ainsi, nous n'avons pas hésité longtemps quant au choix méthodologique à privilégier pour la partie empirique de cette recherche.

### 2.1 De la justification du choix méthodologique...

S'attachant initialement à savoir en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d'assumer les responsabilités qui sont les siennes dans l'exercice de son métier, ce mémoire s'est par conséquent dès le départ inscrit dans une double approche : celles anthropologique et psychosociale.

En effet, il nous est apparu qu'en matières de pratiques professionnelles, les formations initiales et continues dites classiques offraient rapidement quelques limites quant à l'apprentissage d'une profession ancrée dans un contexte d'action en constante évolution. Par ailleurs, l'une des nombreuses responsabilités du cadre de santé étant celle de prendre soin de son équipe, cette considération semblait ainsi impliquer une dimension d'affecte relevant de subjectivités individuelles au regard de parcours de vie singuliers. Enfin, nous avons présagé qu'en tant que managé-manager soumis à de nombreuses injonctions paradoxales, le cadre apparaissait comme un professionnel pouvant être particulièrement sujet aux risques psychosociaux.

Dès lors, la méthodologie qualitative s'est rapidement présentée à nous comme étant ici la plus pertinente, dans la mesure elle permet davantage la prise en compte d'une dimension expérientielle sur laquelle s'est construite l'ensemble de cette étude. D'autre part, portant sur

« la description des processus plutôt que l'explication des causes, la profondeur des analyses plutôt que la multiplication des cas, [et] la richesse des données plutôt que la multiplication des mesures » (Paillé dans Mucchelli, 2009, p.181),

cette approche privilégie une conception de la formation à laquelle nous adhérons pleinement, et qui consiste à percevoir l'ensemble de la vie comme potentiellement source d'apprentissages. Pour finir, s'envisageant pour Savarese (2006) comme « un évènement de paroles qui se produit dans une situation d'interaction sociale entre un enquêteur et un enquêté », elle favorise ainsi l'expression d'une plus grande subjectivité au travers la mise en mots d'opinions, de motivations ou de représentations individuelles que les interviewés

peuvent porter sur leurs pratiques et leur vécu. C'est pourquoi elle nous est apparue comme source de conscientisation, à la fois sur son agir mais aussi sur les dimensions psychologiques sous-jacentes, en nous permettant ainsi « d'explorer d'avantage la nature [ainsi que] la réalité humaine et sociale. » (Pourtois et Desmet dans Mucchelli, 2009, p.73).

Quoi de mieux alors pour une recherche qui se proposait de donner une place centrale à la pratique réflexive dans une approche expérientielle de la formation ?

C'est donc avec cette volonté que nous nous sommes dirigés vers une étude exploratoire en trois temps, chacun faisant appel à une méthode qualitative différente. En effet, alors que le premier a consisté à nous entretenir de manière directive avec un spécialiste de notre thématique pour y approfondir certaines dimensions spécifiques, le second a quant à lui reposé sur des récits d'expériences réalisés auprès d'un formateur et d'étudiants en IFCS afin d'identifier leurs représentations quant au métier de cadre de santé.

Aussi, ces premières rencontres effectuées dans le cadre de notre étude exploratoire nous ont offert la possibilité d'éprouver des méthodes qualitatives opposées, ce qui nous a permis, à terme, d'entrevoir l'entretien semi-directif comme un bon compromis entre les deux. Situé effectivement à mi-chemin entre une pleine liberté d'expression de la part de l'enquêté, et une complète maîtrise de la conduite de l'entretien de la part de l'enquêteur, le mode *semi-directif* favorise l'expression d'un discours relativement ouvert (et donc potentiellement source de subjectivité), tout en invitant la personne interrogée à s'exprimer au regard de thèmes préalablement définis par le chercheur (Revillard, 2006). Dès lors, la parole n'étant ni bridée, ni totalement libre, elle autorise la spontanéité et l'étonnement (Dumez cité dans Bonneau, 2008) en incitant à une analyse des mécanismes et de la dynamique interne du narrateur (Danvers, 2006). Lefrèvre (n.d) estime en outre que ce type d'entretien se révèle particulièrement pertinent lorsqu'il s'agit d'étudier le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ainsi qu'aux événements auxquels ils sont confrontés, à savoir, dans ce mémoire, ceux liés à l'exercice de leur profession.

Or, n'ayant jusqu'ici jamais eu l'occasion d'éprouver une telle méthodologie qualitative dans le cadre d'une recherche, il nous a semblé absolument nécessaire que nous puissions nous y exercer une première fois afin d'en être par la suite plus à l'aise dans la conduite. De même, nous souhaitons pouvoir tester la validité de notre grille d'entretien dans l'objectif d'y effectuer les éventuelles modifications nécessaires. En effet, Fassin (1990) reconnaît que l'entretien semi-directif relève d'« une technique difficile pour laquelle la qualité des rapports

humaines établis dès les premiers instants est essentiel. » (n.d). Nécessitant en outre de la part du chercheur une importante capacité d'adaptation au regard du discours de l'interviewé, il implique par conséquent un entraînement (Savarese, 2006). C'est pourquoi le troisième temps de notre étude exploratoire a consisté à aller interroger, dans les conditions réelles des entretiens finaux, un cadre de santé actuellement en poste au sein d'un Centre Hospitalier de la Région.

Aussi, cette rencontre a répondu à nos souhaits puisqu'elle nous a permis de prendre conscience, non seulement que nous n'étions pas sur le bon chemin quant à l'élaboration de notre grille d'entretien, mais également que nous devons repenser notre posture en veillant à ne pas trop enfermer le discours de notre interlocuteur vers ce que nous souhaitons uniquement entendre.

## 2.2 ...à la construction d'une grille d'entretien.

N'ayant jamais vu, ni même entendu ou pris part à un entretien semi-directif, nous n'avions au départ qu'une vague idée quant à la composition de sa grille de conduite. La lecture de Muet (2003) et d'autres auteurs nous ont alors quelque peu éclairés en précisant que ce mode d'entretien repose uniquement sur un petit nombre de questions générales qui visent à orienter la narration de l'interviewé vers les thématiques à aborder. Ainsi, « l'entretien semi-directif n'est [...] absolument pas un questionnaire très précis que l'on fait passer à la personne interrogée en face à face. » (p.1), comme le serait l'entretien directif.

Ces indications nous ont par conséquent conduits à penser notre première grille d'entretien - celle exploratoire - autour de trois thèmes principaux permettant d'aborder l'ensemble des entrées conceptuelles privilégiées dans notre partie théorique. Il s'agissait :

- Du thème 1, *le parcours de formation et le parcours professionnel*, au sein duquel nous avons prévu de poser quatre questions relatives, justement, au parcours de l'interviewé ainsi qu'au regard porté par celui-ci sur les formations initiales et continues qu'il a pu recevoir dans le cadre de son/ses poste(s) en tant que professionnel de santé, à ses éventuelles motivations à exercer dans la FPH, et à son rapport au savoir actuel dans l'exercice quotidien de son métier.
- Du thème 2, *l'organisation, les conditions de travail et le management*, et qui était composé quant à lui de trois sous-parties (*temps réflexif et organisation du travail, conditions de travail et management*) abordant respectivement, par le biais d'un total



de sept questions, l'existence ou non de temps d'échanges et de pratiques réflexives au sein de l'organisation du travail, les représentations de l'interviewé quant à ses responsabilités professionnels au regard des équipes médicales et de direction, et enfin son rapport spécifique à l'équipe de soins ainsi que le type management qu'il estime mettre en place avec elle.

- Du thème 3, *l'approche psychologique*, comprenant six questions élaborées autour de l'expérience individuelle de l'interviewé quant aux risques psychosociaux ainsi que de son niveau de connaissance sur lui-même.

Dès lors, c'est uniquement suite à notre entretien exploratoire réalisé avec une cadre de santé que nous avons pris conscience du nombre beaucoup trop important de nos questions et de la mauvaise organisation chronologique de celles-ci. Or, puisque cette rencontre s'était passée dans une ambiance détendue, au regard d'une parole relativement libérée, et que l'analyse du contenu en a été très riche, nous avons ainsi décidé, pour la réalisation de nos entretiens finaux, de garder cette grille tout en s'attachant à la retravailler afin qu'elle convienne davantage au mode semi-directif, et non directif.

Pour ce faire, nous avons d'abord tenu à réaliser une modélisation de la recherche<sup>17</sup> afin de rendre plus intelligible notre réflexion. Puis, c'est vers la théorie que nous nous sommes une nouvelle fois tournée dans l'objectif de cerner au plus près les modifications que nous devons effectuer.

Dans ce cadre, les propos de Revillard (2006) ont été encore précieux, nous indiquant que la question inaugurale se doit d'être de type introductif et très général afin d'ouvrir la discussion et d'engager par conséquent le développement d'un climat de confiance chez l'interviewé. C'est ainsi grâce à cette confiance établie dès le départ que l'expression d'une subjectivité n'en sera que plus grande. Dans cette même idée, Savarese (2006) recommande également de veiller à l'ordre chronologique des questions afin d'aborder les thèmes les plus délicats à la fin, une fois la confiance créée et installée. Enfin Fassin (1990) explique que l'entretien semi-directif se compose uniquement de deux à cinq thèmes divisés chacun en une à deux questions principales, puis en plusieurs sous-questions dites de *relance* dont le but est de « recentrer autour des objectifs de l'étude et de faire parler d'aspects qui risquent d'être oublier. » (n.d).

---

<sup>17</sup> Se référer à la schématisation présentée page 98.

C'est donc au regard de ces nouveaux conseils que nous avons repensé notre grille de conduite d'entretien<sup>18</sup> autour de cinq thèmes composés chacun d'une à deux questions principales, et de deux à trois questions de relance :

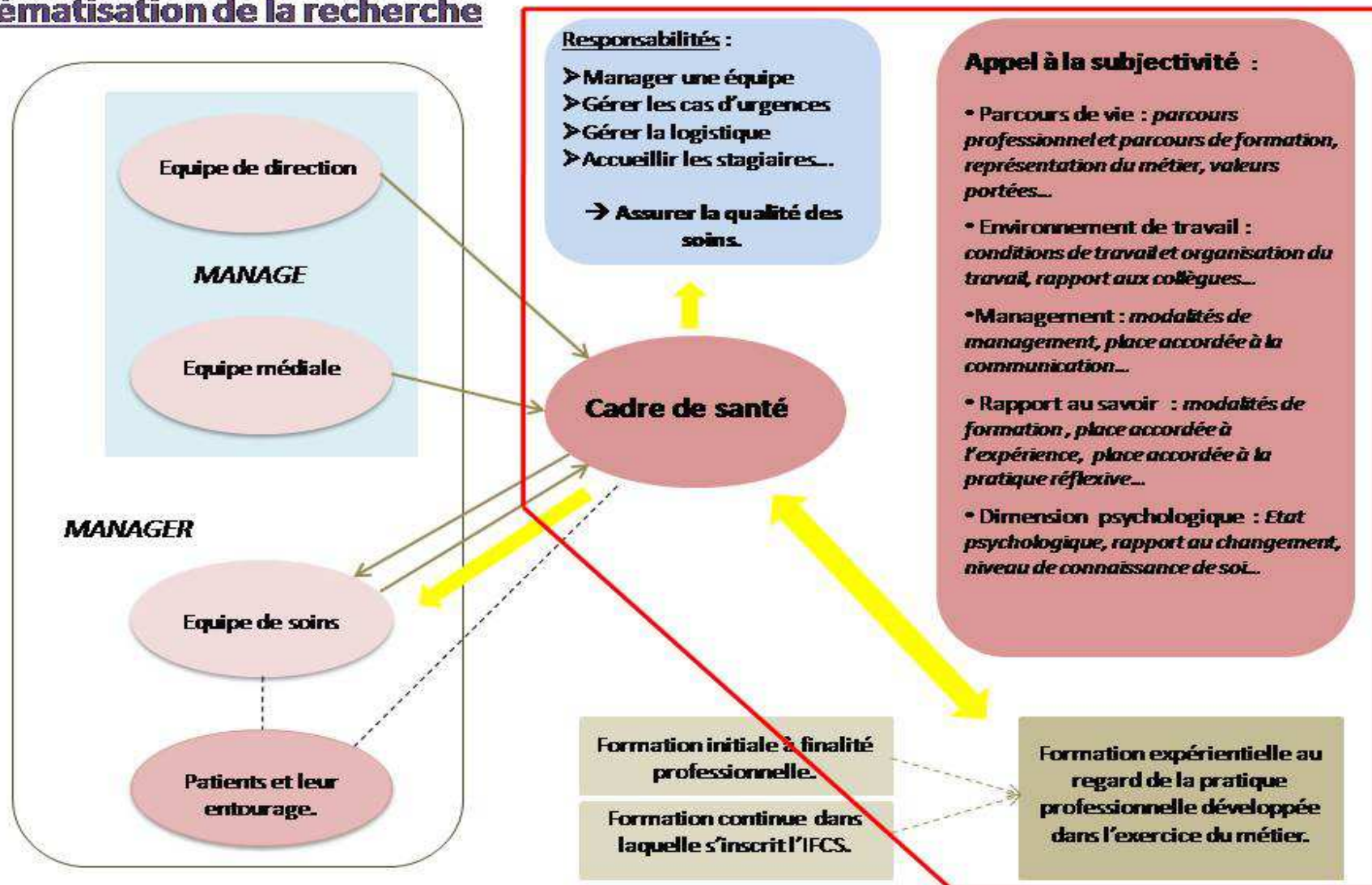
- Thème 1, *Parcours de formation et parcours professionnel*, avec une question principale et deux questions de relance,
- Thème 2, *Organisation et conditions de travail*, avec une question principale et trois questions de relance,
- Thème 3, *Management*, avec une nouvelle fois une question principale et deux questions de relance,
- Thème 4, *Rapport au savoir*, avec une question principale et trois questions de relance,
- Et pour finir Thème 5, *Dimension psychologique*, avec deux questions principales et trois questions de relance.

Afin d'engager le récit, nous avons en outre estimé que la question initiale : **pouvez-vous présenter en quelques mots votre parcours de formation ainsi que le(s) profession(s) que vous avez exercée(s) jusqu'à aujourd'hui ?**, prévue sous l'abord du thème 1, semblait particulièrement bien adaptée à une fonction introductive de mise en confiance dans la mesure où elle invitait l'interviewé à présenter une partie de son parcours de vie.

---

<sup>18</sup> Grille d'entretien finale disponible en annexe, nombre 9.

## Schématisation de la recherche



### **3. Modalités de conduite des entretiens ainsi que de leurs analyses.**

C'est en tout trois entretiens que nous avons menés auprès de cadres de santé exerçants tous au sein d'un même Centre Hospitalier, mais sous des pôles et dans des services différents. L'ensemble de ces entretiens a ainsi d'abord été enregistré avant d'être par la suite transcrit. Puis les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse descriptive et comparative d'après une méthode préalablement réfléchie au regard des hypothèses de recherche que nous souhaitons confirmer. Cette partie vise ainsi à présenter le déroulement des entretiens ainsi que la méthodologie d'analyse privilégiée.

#### **3.1 Des entretiens réalisés dans différentes conditions.**

Rappelons d'abord que nos démarches de prise de contact ont été relativement complexes du fait, nous semble-t-il, de l'existence d'une certaine réticence de la part de l'équipe de direction du CH ciblé à nous laisser interroger ses cadres de santé. Toutefois, après de multiples échanges par mails, de nombreuses rencontres, et surtout un changement de stratégie, nous avons réussi, dès la mi-février 2014, à composer l'ensemble notre population.

L'échange avec Mme B\* a alors constitué notre premier entretien<sup>19</sup>. Il s'agissait plus précisément d'une jeune femme âgée de 34 ans, fraîchement sortie de l'IFCS et en poste dans un service d'urgences depuis quelques mois seulement. Ainsi, nous nous sommes rencontrés le 30 janvier 2014, en toute fin d'après-midi, dans une salle de travail disponible en accès libre au sein de l'IFCS de la région. Ce lieu a en effet été privilégié pour une question de facilité d'accès et de disponibilité de notre interviewée qui avait justement, à cette date-là, une journée de formation continue dans cet IFCS. C'est en outre la première fois que nous voyions Mme. B\*, ayant échangé jusqu'alors avec elle uniquement par mail et par téléphone. Aussi, après nous être installés en face l'une de l'autre, nous avons nous-mêmes veillé à déposer un ordinateur ainsi qu'un discret micro sur une table située juste à côté afin de pouvoir capter au mieux les paroles de l'interviewée sans que cela ne détourne trop son attention. L'objectif de cette démarche était ainsi plus généralement que la narration soit la plus spontanée possible. L'entretien a dès lors duré plus de cinquante-minutes dans une ambiance relativement détendue et ponctuée de rires.

La seconde rencontre s'est ensuite déroulée quelques semaines après, soit le 18 février 2014 au soir, sur le lieu de travail de l'interviewée. Il s'agissait ici d'interroger Mme. D\*<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Transcription d'entretien n°1 avec Mme. B\* disponible en annexe, numéro 10.

<sup>20</sup> Transcription d'entretien n°2 avec Mme. D\*, disponible en annexe, numéro 11.

âgée de 43 ans, et cadre de santé dans le même service d'hémo-thérapie cellulaire depuis plus de 5 ans. C'est alors directement dans le bureau professionnel de cette dernière que nous avons réalisé l'entretien, non pas par choix mais par nécessité. En effet, nous estimions que le lieu de travail pouvait venir brider la parole au sens où l'interviewé était justement invité ici à évoquer sa pratique quotidienne en tant que cadre de santé. Néanmoins, c'est une fois encore pour une question de disponibilité que nous avons accepté de nous entretenir dans ce lieu. Aussi, contrairement à l'échange que nous avons eu avec Mme. B\*, celui-ci s'est réalisé dans une ambiance plus tendue au regard d'une professionnelle qui nous répondait par des phrases courtes et concises, ainsi que par des propos assez généraux. Puis progressivement, nous avons senti le climat évoluer pour tendre vers une parole beaucoup plus libérée. L'entretien a alors duré plus de trente-cinq minutes, un ordinateur et un discret micro étant une nouvelle fois posés près de nous afin de pouvoir enregistrer.

Quant à la troisième et dernière rencontre, celle-ci a eu lieu le jeudi 20 février 2014 à la pause du midi, au sein d'une salle de l'Université que nous avons spécialement réservée à cet effet. Nous avons alors pu y retrouver notre dernière interviewée, Mme. E\*<sup>21</sup>, âgée de 52 ans et exerçant en tant que cadre de santé depuis plus de 10 ans dans différents services de chirurgie. Aussi contrairement aux deux autres professionnelles, ce n'était pas la première fois que nous rencontrions cette femme puisque nous avons déjà eu l'occasion d'échanger avec elle dans le cadre de notre stage. Ayant dès lors déjeuné rapidement ensemble avant la réalisation de l'entretien, nous avons ensuite pris place de part et d'autre d'une table pour dialoguer ensemble durant tout juste trente minutes. Nous qualifierons ainsi l'ambiance ressentie d'ambivalente du fait que nos échanges avec Mme. E\* ont été tout du long très cordiales, mais que les propos de cette dernière semblaient toutefois porter en eux une sorte de lourdeur, de pesanteur, que nous ne parvenions pas à expliquer le jour-même de l'entretien.

Aussi avant de lancer les enregistrements, nous avons tenu à remercier ces personnes de s'être portées volontaires dans le cadre de notre recherche, et nous leurs avons mentionné le fait que leurs nom et prénom n'apparaîtront pas dans l'objectif de préserver leur anonymat. Puis nous leurs avons demandé une nouvelle fois si elles étaient d'accord pour être enregistrées. Les trois cadres de santé ont immédiatement répondu positivement. C'est donc en nous présentant succinctement et en rappelant notre thématique de recherche que nous avons débuté chacun des entretiens. Nous nous sommes ensuite attachés à préciser sur quelle méthodologie nous avons envisagé l'échange afin que les interviewées ne soient pas

---

<sup>21</sup> Transcription d'entretien n°3 avec Mme. E\*, disponible en annexe, numéro 12.

déroutées du fait que celle-ci ne reposait pas sur un système de questions-réponses. Enfin, nous avons annoncé notre première question, à savoir celle visant une présentation inaugurale du parcours professionnel et du parcours de formation de chacune des personnes interrogées. L'ensemble de ces entretiens ont ensuite fait l'objet d'une transcription la plus fidèle possible, suivant le guide que nous avons réalisé au préalable au regard de celui de Brouaux<sup>22</sup> (2009, p.93). Puis les lignes ont été numérotées et un code spécifique au début de chaque interaction a été ajouté afin de favoriser une meilleure compréhension de lecture, à la fois des transcriptions, mais également des différents tableaux d'analyses individuelles et comparatives. Il s'agissait ainsi du système de codification suivant :

Initiale majuscule du prénom donné à l'interviewé	+	numéro chronologique de l'interaction
--	---	---------------------------------------

quand c'est l'individu interviewé qui s'exprimait et :

Initiale minuscule du prénom donné à de l'interviewé	+	numéro chronologique de l'interaction
---	---	---------------------------------------

lorsque c'est nous qui nous exprimions.

### 3.2 Une analyse par entrée thématique.

Nous avons ici estimé qu'une rapide approche théorique se révélait d'abord nécessaire afin que nous puissions ensuite prendre notre décision quant à la méthode à privilégier pour l'analyse de nos entretiens.

Dans ce cadre, relevons les propos de Grawitz (cité par Barry, n.d) qui soutient que

« les énoncés ne se présentent pas comme des phrases ou des suites de phrases mais comme des textes. Or un texte est un mode d'organisation spécifique qu'il faut étudier comme tel en le rapportant aux conditions dans lesquelles il est produit. Considérer la structure d'un texte en le rapportant à ses conditions de production, c'est [donc] l'envisager comme discours » (p.2).

Ainsi, Unrug (cité par Parrot et Guillaumin, 2000) voit dans l'analyse du discours le cœur-même de celle du contenu qu'elle définit comme « un ensemble de techniques d'exploitation de documents » (p.210) soumis à un paradoxe majeur : celui d'une objectivité visée et d'une subjectivité préservée. Par conséquent, il s'agit d'avoir recours, quelque soit la l'approche privilégiée, à une rigueur méthodologique reposant sur un « travail d'élucidation du sens à partir de faits personnels prenant place dans le temps. » (Guillaumin, 2000, p.177).

<sup>22</sup> Se référer à la page 76.

Ayant dès lors fait le choix d'inscrire notre recherche dans une approche psychodynamique du travail telle que l'entend Dejours, à savoir « une analyse [...] des processus intersubjectifs mobilisés par les individus dans leurs situations de travail » (2000, p.217), il nous est apparu plus pertinent d'opter pour une analyse soutenant elle aussi une approche dynamique du discours. C'est pourquoi nous nous sommes orientés vers la démarche syntagmatique proposée par Guillaumin (2000) à la suite Unrug (1974). En effet, impliquant une analyse purement grammaticale portée sur la totalité des propos, et cela sans interprétation aucune, cette méthode permet « de retrouver [la] logique interne du discours » (p.286) au travers l'identification de syntagmes, c'est-à-dire « de groupes de mots graphiques caractérisés par le fait qu'ils jouent un rôle par rapport au nœud verbal. » (p.212). Elle semble par conséquent favoriser l'émergence d'une plus grande subjectivité, et avec elle d'une meilleure perception des relations que chacun interviewée entretient avec son environnement.

C'est de cette méthode d'analyse que nous nous sommes fortement inspirés pour élaborer la nôtre. Après avoir ainsi transcrit les entretiens, nous avons d'abord souhaité y relever nos six questions principales au regard des propos tenus par nos cadres de santé. Une fois cette première étape de découpe effectuée, nous nous sommes ensuite attachées à réaliser une analyse syntagmatique de l'ensemble du discours afin d'en faire émerger les unités de sens. Celles-ci ont dès lors été réunies en sous-thèmes, eux-mêmes rassemblés à leur tour en thèmes plus ou moins proches de nos concepts. Enfin, plusieurs de ces thèmes ont de nouveau fait l'objet d'un regroupement en catégories dans l'objectif de tendre vers une interprétation finale la plus compréhensible et la plus pertinente possible.



## CHAPITRE 7 – UN PREMIER TEMPS INSCRIT DANS UNE APPROCHE INDIVIDUELLE.

«Le sens du récit est dans l'arrangement même des éléments.»

(Ricoeur cité par Adam, 1990, p.9).

C'est au regard de nos choix méthodologiques que chaque transcription d'entretien a fait l'objet d'un tableau d'analyse syntagmatique individuelle pensé en six entrées. Aussi, une entrée correspondant à une colonne, nous avons intitulé ces dernières comme il s'en suit :

Enoncé brut	N° question	Unités de sens	Sous-thèmes	Thèmes	Catégories

Dès lors, la colonne *Enoncé brut* contenait le texte brut du discours enregistré. Puis la seconde colonne nommée *N° question* s'attachait à reprendre, comme son nom l'indique, le numéro de chacune des questions préalablement identifiées dans notre grille d'entretien afin de se constituer un repère visuel au regard des propos tenus par nos interviewées. Aussi, ayant prévu de poser un total de six questions, nous avons donc indiqué sous cette entrée des chiffres allant de 1 à 6. Étaient également répertoriés dans la colonne *Unité de sens* les différents syntagmes que nous nous sommes attachés à relever de la façon la plus pertinente possible. Ces unités de sens ont ensuite été réunies par *Sous-thèmes*, ces derniers étant à leur tour rassemblés par *Thèmes*. Pour finir, la colonne la plus à droite, celle intitulée *Catégories*, regroupait certains des thèmes dans une visée de plus grande lisibilité quant à la présentation des analyses. Procédant de la sorte pour chacun des entretiens, nous avons par conséquent obtenu trois tableaux distincts.

### 1. Mme. B\* : cadre de santé fraîchement diplômée, d'une nature positive et enjouée.

Mme. B\* correspond ici au profil de la jeune diplômée tout juste sortie de l'IFCS que nous souhaitions avoir dans notre population d'étude. Ainsi, un tableau d'analyse individuelle<sup>23</sup> a été élaboré à partir de la transcription de cet entretien qui a duré un peu plus de cinquante minutes, pour un total de quarante-cinq interactions.

D'un point de vue tout d'abord des indications scéniques, nous avons principalement comptabilisé vingt-sept [*rires*], dont dix-sept provenant de notre interviewée ; treize [*sourire*], dont onze de notre interviewée ; et enfin huit (silence). Sont également venus s'ajouter sept

<sup>23</sup> Tableau d'analyse individuelle n°1 disponible en annexe, numéro 13.



autres indications dont quatre mentionnant que Mme. B\* a [*frappé sur la table avec ses mains*] lors de son discours, deux qu'elle s'est [*raclait la gorge*] et une seule indiquant qu'elle s'est [*pris la tête dans les mains*]. Dès lors, l'ensemble de ces données fait apparaître notre cadre de santé comme une personne ouverte et spontanée qui s'est émotionnellement investie dans la narration de son expérience professionnelle.

Puis selon une entrée thématique, les unités de sens identifiées sous le thème de ***l'Identité personnelle*** nous permettent d'envisager Mme. B\*, alors âgée de 34 ans, comme « *quelqu'un de très ouvert* » (B14|153), « *de très positif* » (B18|202), qui n'ai pas « *du genre à pleurer sur son sort* » (B19|209), mais qui se présente également comme une personne assez « *naïve* » (B20|215). C'est dans la suite de son discours que notre interviewée nuance alors ce dernier trait de personnalité en témoignant à plusieurs reprises d'une relative lucidité, tant sur sa situation professionnelle que sur l'environnement de travail au sein duquel elle évolue. En effet, elle admet l'importance selon elle de « *pouvoir voir les deux côtés des choses, [et de ne pas] rester complètement naïf...* » (B42|479), notamment au regard de l'exercice de son métier et des responsabilités qui lui incombent.

Concernant les thèmes respectifs du ***Parcours professionnel*** et du ***Parcours de formation*** réunis tous deux sous la catégorie du ***Parcours de vie***, nous découvrons ensuite que Mme. B\* a toujours exercé professionnellement au sein du même Centre Hospitalier. Ainsi, c'est d'abord en tant qu'infirmière à la suite d'études réalisées de 1997 à 2000 qu'elle a rejoint le domaine de la santé en travaillant au sein de différents services. Souhaitant par la suite évoluer, elle s'est orientée vers un poste de faisant-fonction cadre dans l'objectif de préparer, en 2010, le concours d'entrée à l'IFCS, et d'être ainsi, en 2012, non seulement diplômée d'Etat, mais également titulaire d'un niveau Master 1 en Sciences de l'Education et de la Formation ainsi qu'en Gestion et Management de santé du fait d'une collaboration établie entre l'IFCS et l'Université. Dès lors, elle estime aujourd'hui être « *quelque part très cloisonnée* » (B10|91) en pensant qu'une expérience dans le secteur privé lui serait sans doute bénéfique, mais ne souhaitant toutefois pas quitter la fonction publique au sein de laquelle elle a pleinement choisi d'exercer. Elle reconnaît alors que la formation récemment suivie à l'IFCS lui a beaucoup apporté, tant d'un point de vue professionnel que personnel. En effet, en « *particip[ant] activement à sa formation et au développement de ses compétences* » (B8|77), elle a pu découvrir une approche pédagogique « *bien plus vaste* » (B4|51) tout en développant une certaine sensibilité à la recherche et à la théorie.

Ce sont les thèmes intitulés *Profession cadre de santé* et *Dimension de management*, regroupés sous la catégorie *Exercice de la profession*, qui nous apprennent par la suite que Mme. B\* travaille depuis seulement quelques mois en tant que cadre de santé au sein d'un service dont elle n'a pas d'expérience. Dès lors, se définissant elle-même comme « *une jeune cadre* » (B42|484), notre interviewée admet avoir régulièrement besoin de se positionner professionnellement au regard de ces collègues en ayant entre autre recours au vouvoiement : « *je l'utilise volontairement parce que pour moi, c'est plus facile de me positionner vis-à-vis de quelqu'un...* » (B23|244). Envisageant en outre ses missions et fonctions professionnelles autour d'une dimension de gestion et d'encadrement d'équipe, elle se reconnaît un rôle de relais entre, d'une part, les problématiques soulevées par les soignants dont elle a la responsabilité, et d'autre part, les décisions prises par la direction qu'elle doit parvenir à faire appliquer. Elle avoue alors que sa difficulté majeure relève d'un accompagnement au changement qu'elle se doit de mettre en place auprès de son équipe. Aussi pour parvenir à assumer au mieux l'ensemble de ses responsabilités, elle déclare avoir recours, tantôt à un management directif, tantôt à un management participatif, en veillant toujours à argumenter et à expliquer ses choix aux professionnels qu'elle encadre.

En relation avec le thème de *l'Environnement de travail*, Mme B\* nous décrit alors ses conditions individuelles comme « *assez exceptionnelles* » (B20|213) pour un cadre de santé dans la mesure où ces horaires apparaissent en décalé, soit du matin, soit du soir. Notre interviewée estime ainsi que cette situation a pour principale conséquence de créer une sorte de « *cloisonnement* » (B20|214) entre elle et ses collègues, et notamment ses pairs avec lesquelles elle peut difficilement échanger du fait qu'elle n'exerce pas exactement en même temps qu'eux. A cela vient également s'ajouter l'isolement de son service qui, étant le seul établi en sous-sol, apparaît dès lors coupé du reste du bâtiment. Toutefois, Mme. B\* voit en ces contraintes initiales de potentiels avantages puisqu'ils lui permettent de développer une démarche active de communication en recherchant de façon permanente le contact avec les autres. Dans ces conditions, les temps et les lieux deviennent alors essentiels, que ce soit « *dans [le] bureau* » (B32|361), « *dans la salle de soins* » (B36|414), ou encore lors de la pause du midi que notre interviewée qualifie d'ailleurs « *d'ENORME* » (B21|231) pour souligner l'importance de ce moment « *où on peut rencontrer d'autres [personnes]* » (B21|231). Ainsi, cette expérience individuelle conduit notre cadre de santé à considérer que les conditions de travail varient à la fois suivant le poste occupé au sein de l'établissement, mais aussi suivant les valeurs personnelles qui en orientent les représentations.

Dans le cadre, à présent, des thèmes relatifs au **Rapport à la hiérarchie**, au **Rapport aux médecins** ainsi qu'au **Rapport à l'équipe de soins** rassemblés sous la catégorie plus générale du **Rapport aux collègues**, Mme. B\* évoque une nouvelle fois le cloisonnement qu'elle ressent et constate entre les différents pôles, services et catégories socioprofessionnelles. Aussi, concernant les relations plus spécifiques avec la hiérarchie, notre interviewée déclare avoir très régulièrement des contacts avec son cadre supérieur tout en côtoyant également relativement souvent son directeur de pôle. Dès lors, elle précise n'avoir aucun conflit avec eux, les considérant même comme « *des gens qui [lui] permettent de [s']exprimer et de [se sentir] à l'aise.* » (B25I271). D'ailleurs, elle estime que l'institution fait de nombreux efforts quant à l'amélioration des conditions de travail, tant pour « *la prévention du mal de dos* » (B15I165) que pour la mobilité professionnelle ou l'accompagnement au changement. De leurs côtés, les médecins apparaissent quant à eux adopter un tout autre positionnement professionnel envers les cadres de santé. En effet, Mme. B\* nous explique qu'il y a d'avantage « *de hauts et de bas.* » (B25I268) avec eux, mais que cela ne l'empêche pas de continuer à « *leurs dis bonjour même s'ils ne me répondent pas.* » (B26I286). Elle souligne en outre que cette difficulté de communication de vaut pas pour tous : « *en général ça se passe plutôt bien.* » (B25I268). Enfin concernant sa relation avec l'équipe de soins, notre interviewée la qualifie elle aussi de « *plutôt...bonne* » (B29I344), malgré quelques rares témoignages d'agressivité dont elle nous a fait part.

D'un point de vue de ***l'Etat psychologique*** de notre professionnelle interrogée, nous avons dès lors relevé un certain nombre d'unités de sens paraissant témoigner de plusieurs motivations. Aussi, la première renvoie directement au choix qu'a pu faire jusqu'ici Mme. B\* en décidant de travailler exclusivement dans la Fonction Publique Hospitalière. L'intéressée justifie ainsi cette volonté du fait qu'elle estime avoir trouvé, au sein de ce secteur professionnel, la possibilité d'y exprimer certaines de ses valeurs individuelles. Par conséquent, c'est cette adéquation qui semble être principalement à l'origine d'un équilibre psychologique poussant notre interviewée à vouloir faire évoluer les choses en participant activement, à son tour, au bien-être des soignants. En effet, bien qu'elle admette avoir déjà été touchée par les risques psychosociaux dans le passé, Mme. B\* avoue aujourd'hui être une professionnelle épanouie qui possède l'espoir et l'envie « *d'améliorer les choses* » (B41I461). Pour ce faire, elle considère que la capacité d'action de l'institution se révèle en la matière relativement limitée, si ce n'est de favoriser les mobilités professionnelles et de permettre le recours à un management participatif indispensable, selon elle, pour que les décisions soient non seulement « *acceptées [mais aussi] COMPRISES par les équipes.* » (B42I507).

Concernant les unités de sens placées sous le thème du **Rapport au savoir**, celles-ci viennent confirmer les dires de Mme. B\* quant à l'importance donnée à la communication dans l'exercice de son métier. En effet, nous avons pu relever à de nombreuses reprises le recours au terme d'« *échange* » employé pour définir sa relation avec, non seulement la hiérarchie, mais aussi les médecins, l'équipe de soins ou encore les autres cadres de l'établissement. Ainsi, notre interviewée justifie cette démarche communicationnelle du fait que, selon elle, « *écouter les arguments qu'a la personne, ça peut aussi aider à comprendre une décision, à l'accepter.* » (B14I157). Dès lors, estimant très important que « *les professionnels puissent [lui] expliquer comment ils fonctionnent* » (B35I407), elle accorde une place essentielle à l'expérience et déclare même se former « *ENORMEMENT* » (B34I380) par elle, tant auprès de la cadre de santé avec qui elle travaille, « *qui elle, a de l'expérience dans ce service-là en particulier* » (B34I380), qu'auprès de l'ensemble de ses collègues. Elle précise alors que ces temps d'échanges se font le plus souvent « *de façon totalement informelle* » (B36I414) au détour d'un couloir.

Enfin, le thème des **Ressources extérieures** nous permet d'identifier deux principaux acteurs évoqués par Mme. B\* en matière de qualité de vie au travail. Il s'agit, d'une part, du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, le CHSCT ; et d'autre part, des psychologues du travail employés par le Centre Hospitalier. Ainsi, alors que le premier apparaît comme « *une instance très active, [qu']on voit, [et qu']on côtoie* » (B14I128) au regard de chacun des nouveaux projets menés, les seconds semblent quant à eux se faire plus discrets en intervenant davantage de façon ponctuelle en fonction des besoins exprimés.

## **2. Mme. D\* : cadre de santé exerçant en tant que tel depuis plus de 5 ans et extrêmement investie dans son travail.**

Mme. D\* constitue le second profil que nous souhaitions interroger dans notre étude, à savoir celui d'un professionnel exerçant depuis plus de 5 ans en tant que cadre de santé. Elle nous a en outre été présentée comme une personne ayant recours, au sein de son service, à un management dit participatif. Dès lors, la rencontre que nous avons eu avec elle a une nouvelle fois conduit à la réalisation d'un tableau d'analyse individuelle<sup>24</sup> qui nous a permis de mettre en avant un certain nombre de thèmes et de catégories. Aussi, cet entretien s'est composé de quarante-cinq interactions pour une durée totale d'un peu plus de trente-cinq minutes.

<sup>24</sup> Tableau d'analyse individuelle n°2 disponible en annexe, numéro 14.

Concernant les indications scéniques, nous avons alors relevé neuf [*rires*], dont six provenant de notre interviewée, mais surtout un total vingt-et-un [*sourire*], dont seulement huit de notre interviewée. Se sont ajoutés dix (silence) et huit autres indications telles que celles mentionnant le fait que Mme. D\* a [*grimaç[ée]*], qu'elle a [*fait des yeux ronds*] ou encore qu'elle s'est [*redress[ée] sur sa chaise*] durant l'entretien. Ces éléments nous invitent par conséquent à envisager notre seconde professionnelle de santé comme quelqu'un de très expressif, mais qui a toutefois mis un certain temps à s'ouvrir pleinement à l'échange.

Ainsi d'un point de vue du thème de *l'Identité personnelle*, Mme. B\* se définit globalement comme « une PROFESSIONNELLE, qui a de la MOTIVATION, qui a des CONVICTIONS... [et] qui aime son TRAVAIL. » (D48|416). Dès lors, elle estime être une personne se trouvant d'avantage « dans le positif » (D48|416), qui « ne [se] laisse pas marcher sur les pieds » (D31|312) mais qui reste néanmoins toujours ouverte au dialogue et à la négociation. Elle reconnaît également avoir aujourd'hui quelque peu évolué au regard de l'infirmière qu'elle était auparavant, en considérant avoir perdu un peu de sa spontanéité.

Puis en relation avec les thèmes du *Parcours professionnel* et du *Parcours de formation* présents sous la catégorie du *Parcours de vie*, nous découvrons que Mme. D\* semble encore aujourd'hui s'envisager avant tout comme une infirmière, diplômée d'Etat en 1994 et qui a ensuite exercé pendant plusieurs années dans de nombreux services tels que la neurologie, la chirurgie ou encore la radiothérapie. C'est ainsi en 2007, après trois ans passés à occuper un poste de faisant-fonction cadre, que notre interviewée a fait le choix d'entrer à l'IFCS pour en sortir diplômée en 2008 et rejoindre directement un service d'hémo-thérapie cellulaire. Aussi, cette évolution professionnelle paraît être marquée par deux fils rouges : l'un lié au fait que le « parcours [de Mme. D\*] se soit essentiellement déroulé sur le CH de \*\* » (D2|15), et l'autre que « sa carrière [a toujours tournée autour] de la prise en charge des patients en cancérologie. » (D15|17). Notre interviewée reconnaît en outre ne pas avoir toujours souhaité se diriger vers une fonction de cadre de santé et envisage difficilement sa future évolution à présent qu'elle l'est devenue. En effet, ne désirant pas devenir cadre supérieure, elle considère « [qu']il [lui] reste que la mobilité pour reproduire. » (D19|228), ce qu'elle trouve « très limitant » (D19|219).

Les thèmes de *Profession cadre de santé* et de *Dimensions de management* regroupés tous deux sous la catégorie *Exercice de la profession* viennent par la suite confirmer l'ancienneté de Mme. D\* à un poste de cadre de santé diplômé : « moi c'est vrai que je suis en poste depuis 2008 » (D13|154). Ainsi, l'ensemble de ces années d'expériences conduit aujourd'hui notre interviewée à envisager ses missions et ses fonctions professionnelles dans

toutes leurs diversités. En effet, c'est part le biais d'un discours relativement officiel qu'elle nous évoque ses responsabilités quant à la gestion « *[du] présentéisme, [et de] l'absentéisme* » (D7165) des membres de son équipe, ou encore de celle « *du parc informatique et [...] du parc matériel* » (D91179). Aussi, derrière l'annonce de cette longue liste, elle reconnaît que ses actions sont toutes principalement liées à « *un rôle de réflexion sur des problématiques de service ou de fonctionnement* » (D9187) dans l'objectif de participer, non seulement à la qualité de vie au travail des soignants, mais également à la qualité des soins des patients. Pour ce faire, Mme. D\* estime alors qu'une dimension de proximité basée sur un rapport dit de « *donnant-donnant* » (D141168) se révèle absolument essentielle dans la mesure où celle-ci lui permet d'autonomiser davantage les soignants tout en répondant à un besoin relationnel d'ordre personnel. Ainsi, qu'elle recourt à un management directif ou bien participatif, notre cadre de santé déclare toujours s'attacher « *à travailler [...] en toute transparence et en toute honnêteté* » (D131157) afin d'aider son équipe de soins à mieux comprendre les changements.

C'est au travers le thème de ***l'Environnement de travail*** que nous percevons alors les conditions dans lesquelles exerce aujourd'hui Mme. D\*. Aussi, cette dernière reconnaît disposer d'une certaine « *liberté de temps de travail* » (D6154) ainsi que d'une autonomie rendue en partie possible du fait d'une organisation en « *équipes de cadres, sous forme de binômes.* » (D6155). Or, cette relativement autonomie ne semble pas suffire à elle-seule pour favoriser un bien-être individuel chez notre interviewée, dans la mesure où celle-ci manifeste à plusieurs reprises le fait d'évoluer au sein d'un environnement très stressant : « *Il peut en effet y avoir des périodes très stressantes* » (D10198). Elle explique alors l'existence de cet état de tension émotionnelle et physique par la gestion de l'absentéisme des soignants qui apparaît comme une problématique de plus en plus quotidienne. Aussi, c'est dans l'objectif de trouver des solutions à ces difficultés que Mme. D\* se tourne vers une mutualisation des ressources ainsi qu'une collaboration avec ses collègues des autres services, afin de « *voir comment on peut faire passer, faire glisser certains actes vers d'autres professionnels* » (D111124), et ainsi de « *trouver des solutions collectives.* » (D101110). Dès lors, elle défend l'idée d'un travail réalisé « *dans le respect les uns avec les autres* » (D331324) pour parvenir à une plus grande qualité des soins.

En ce qui concerne à présent les thèmes du ***Rapport à la hiérarchie***, du ***Rapport aux médecins*** et du ***Rapport à l'équipe de soins*** rassemblés, rappelons-le, dans la catégorie plus générale du ***Rapport aux collègues***, nous relevons d'abord cette volonté une nouvelle fois exprimée par Mme. D\* de « *travailler ensemble, en toute intelligence* » (D341336). Pour cela, elle accorde alors une place primordiale à la construction de relations basées sur une confiance



réciroque, ce qui nécessite ainsi selon elle un temps relativement important. En effet, « *on ne peut pas s'approprier comme cela du jour au lendemain.* » (D151182). Pourtant l'objectif est bien, à terme, de parvenir à « *dire [les] choses quand ça va, mais aussi quand ça va pas* » (D371366) pour mieux comprendre et ainsi mieux accepter les situations rencontrées. Aussi concernant son rapport à la hiérarchie, Mme. D\* affirme pouvoir pleinement compter sur son cadre supérieur auprès duquel elle trouve écoute et soutien quant à ses réflexions ainsi que ses actions. Dès lors, la relation établie avec l'équipe de soins semble être à peut-être la même au sens où notre interviewée « *[s']estime [être aujourd'hui] dans le confort* » (D151183) et dans une relation d'égal à égal avec elle, ce qu'elle justifie par le fait qu'ils « *on[t] appris à se connaître* » (D131154). Quant aux rapports entretenus avec les médecins, ceux-ci paraissent être de leurs côtés beaucoup plus complexes. Ainsi, nous apprenons que Mme. D\* a été victime, à deux reprises, de violentes agressions verbales de la part du même médecin. Notons enfin que d'après notre interviewée, l'institution n'offre pas assez de formations aux cadres de santé afin qu'ils puissent continuer à s'enrichir, et par conséquent à s'épanouir, sans pour autant évoluer vers des métiers hiérarchiquement plus élevés que le leur.

D'un point de vue du thème de *l'Etat psychologique*, nous remarquons de manière générale que le discours tenu par Mme. D\* fait très peu mention d'une dimension de souffrance, si ce n'est de déséquilibre psychologique que celle-ci a pu éprouver lors de ses deux agressions verbales : « *je me suis sentie attaquée.* » (D301305). Dès lors, au lieu de la fragiliser, ces dernières semblent au contraire lui avoir donné l'envie de lutter encore plus contre les risques psychosociaux en s'attachant notamment à « *faire remonter les situations [d'agression] qui peuvent être récurrentes* » (D341340). En effet, elle considère au regard de ses missions et ses fonctions professionnelles que « *[se] voiler la face [ne serait] pas honnête.* » (D361354). C'est par conséquent en réussissant à verbaliser ce qu'elle estime devoir être discuté et dialogué que notre cadre de santé parvient à préserver chez elle un certain équilibre psychologique « *qui [lui] permet vraiment de [se] soulager d'un poids.* » (D371366). Ainsi, elle affirme être à ce jour « *bien dans ses baskets* » (D491423), se sentir à l'aise dans son travail, et savoir non seulement ce qu'elle veut, mais aussi où elle va. Elle avoue d'ailleurs que son projet professionnel actuel consiste à vouloir retourner à l'Université afin d'obtenir un niveau Master (BAC+5).

Le thème du *Rapport au savoir* nous en apprend à son tour un peu plus quant aux modalités de formation privilégiées par Mme. D\* dans l'exercice quotidien de son métier. Aussi, puisque la formation continue ne semble pas pouvoir tenir toutes ses promesses

d'enrichissement personnel, c'est par conséquent vers sa propre expérience individuelle et celle de ses collègues que s'oriente notre interviewée afin de trouver soutien et ressources. Elle explique notamment avoir pris l'habitude d'échanger avec ses pairs de façon ponctuelle et « *complètement informelle* » (D23|251) sur « *des situations qui [la] questionnent vraiment [...] [et] pour laquelle [elle] ne sait pas trop quelle réponse donner* » (D24|258). Ainsi, ces temps de communication lui offrent la possibilité de « *réfléchir* » et de « *cogiter* » (D26|282), non plus seule, mais en collectivité, au contact de professionnels partageant eux-aussi les mêmes problématiques managériales. C'est pourquoi les solutions identifiées n'en semblent dès lors que plus riches de l'expérience de chacun : « *...et on se dit ah oui tiens, mais là à l'IFCS, on avait dit que dans cette situation on ferait ça. [...] Alors on pourrait faire comme ça...* » (D23|252). Or, une phrase prononcée par Mme. D\* à la fin de son discours retient ici notre attention. Il s'agit de celle où elle déclare : « *Y'a longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi ! [...] Je réfléchis pour les autres mais pas sur moi.* » (D42|391). Dès lors, comment ne pas avoir à réfléchir une seule fois sur moi-même lors de tels temps réflexifs ?

Enfin dans le cadre des **Ressources extérieures**, les propos tenus par Mme. D\* nous permettent d'identifier principalement deux grands acteurs. Il s'agit ainsi, d'un côté, de l'équipe de remplacement dirigée par le cadre supérieur de pôle, et qui permet de soulager les équipes en poste lorsqu'un absentéisme se fait trop important ; et de l'autre, de la médecine du travail dont la fonction première est selon notre interviewée de « *faire remonter les choses* » (D34|332), c'est-à-dire les situations sources de risques psychosociaux. Quant aux modalités-ressources, Mme. D\* en évoque plus particulièrement deux : celle du planning sur lequel elle plaisante en affirmant que celui-ci est « *un outil de management assez important et très cher à tout le monde* » (D12|142), et celle de l'entretien annuel qu'elle réalise auprès des membres de son équipe et qui lui permet d'échanger individuellement avec eux dans un objectif de plus grande qualité de vie au travail.

### **3. Mme. E\* : cadre de santé expérimentée, soumise à de nombreux conflits de valeurs.**

L'entretien réalisé avec Mme. E\* qui correspondait à notre troisième profil, (celui d'un cadre de santé possédant une ancienneté dans le métier de plus de 10 ans) a été le plus court de tous. Il a en effet duré légèrement plus de trente minutes pour un total de seulement vingt-six interactions qui ont fait l'objet d'un tableau d'analyse individuelle<sup>25</sup>. Aussi, ce faible

<sup>25</sup> Tableau d'analyse individuelle n°3 disponible en annexe, numéro 15.



nombre d'échanges nous amène à penser que notre interviewée éprouvait un fort besoin d'expression quant à une expérience personnelle relativement importante sur notre sujet.

D'ailleurs, les indications scéniques semblent venir confirmer cette idée puisque nous n'avons identifié aucun [*sourire*] ni même aucune [*exclamation de rire*], seulement deux [*rires*], et à l'inverse, douze (silence). Cela nous conduit par conséquent à envisager cette dernière comme une personne d'apparence tourmentée, relativement refermée sur elle-même, et dont les nombreux silences ont eu pour conséquence de donner une certaine gravité au discours prononcé.

Puis selon une entrée thématique, celle nommée ***Identité Personnelle*** nous permet uniquement de découvrir que Mme. E\* était alors âgée de 52 ans lors de notre rencontre avec elle. Ainsi, nous n'avons pas relevé d'autres unités de sens pouvant nous en apprendre davantage quant à la personnalité de cette dernière et quant aux représentations qu'elle pouvait posséder sur elle-même.

Les thèmes suivants, à savoir celui du ***Parcours professionnel*** et du ***Parcours de formation*** réunis tous deux sous la catégorie du ***Parcours de vie***, font alors apparaître Mme. E\* comme une professionnelle extrêmement expérimentée dans le domaine de la santé. En effet, c'est suite à l'obtention de son baccalauréat que notre interviewée a rejoint le secteur privé en tant qu'agent hospitalier, avant d'être diplômée de l'Ecole d'infirmière avec déjà 5 ans d'expérience derrière elle. Or, ne souhaitant pas en rester là, elle a ensuite rapidement développé le projet de devenir cadre de santé, ce qu'elle a pu concrétiser après quelques temps passés à un poste de faisant-fonction et une formation suivie à l'IFCS. Elle reconnaît alors que cette dernière « [*l'*]a beaucoup aidé » (E17|179), tant professionnellement que personnellement, dans la mesure où elle a pu pleinement prendre conscience de ses valeurs individuelles au regard d'une approche psycho-dynamique du travail et d'un mode de management dit « maximaliste ». Elle nous explique ainsi savoir exercer son métier suivant trois volontés principales : celle de la qualité des soins, celle du bien-être de son équipe, et celle de son propre épanouissement personnel. Notons enfin que Mme. E\* travaille dans la fonction publique depuis un peu plus de 13 ans.

Concernant ensuite les thèmes de ***Profession cadre de santé*** et de ***Dimension de Management*** regroupés sous la catégorie ***Exercice de la profession***, ceux-ci nous confirment d'abord les douze années d'ancienneté de Mme. E\* à un poste de cadre de santé. Dès lors, notre interviewée souligne l'extrême diversité de ses missions et de ses fonctions

professionnelles qu'elle estime néanmoins toutes tournées autour d'une responsabilité de « *manager d'équipe* » (E20I212) et de gestionnaire de service. Elle reconnaît dans ce cadre que « *l'absentéisme occupe aujourd'hui une grande part* » (E5I37) de son temps, et cela au détriment de l'activité de soins qu'elle considère tendre de plus en plus vers un système de production. Aussi, cette approche de la santé apparaît inconcevable pour Mme. E\* dans la mesure où on ne produit pas des soins, mais « *on prend soin* » (E23I294). Par conséquent, elle y voit une perte d'identité de son métier, ce qui lui procure une tension émotionnelle qu'elle souhaiterait pouvoir mieux gérer par des formations « *adaptées au cadre de santé [...] avec une orientation beaucoup plus ancrée dans [...] les conditions actuelles économiques.* » (E19I199). En attendant, elle s'attache autant que possible à être « *dans la collaboration, la transparence* » (E11I116) en ayant par principe de ne jamais insister auprès de son équipe. Elle admet d'ailleurs que cette posture managériale basée sur ses valeurs l'amène souvent à prendre des risques quant à sa mission de sécurité et de qualité des soins, ce qui augmente dès lors son stress. Mais à l'inverse, elle ressent également un intense mal-être lorsqu'elle est parfois obligée de faire preuve d'autorité. C'est pourquoi notre interviewée estime aujourd'hui avoir besoin de prendre une certaine distance sur ces situations.

D'un point de vue à présent du thème de ***l'Environnement de travail***, les propos tenus par Mme. E\* nous invitent à penser que celle-ci vit aujourd'hui plutôt mal ses conditions d'exercice en tant que cadre de santé d'un grand Centre Hospitalier. Ainsi, faisant le parallèle avec ses premières années d'expérience, notre interviewée indique connaître effectivement « *une époque difficile* » (E5I34) du fait, lui semble-t-il, d'un flux de patients toujours plus important au regard d'un absentéisme professionnel qui lui aussi ne cesse d'augmenter. Cette situation l'a conduit par conséquent « *à devoir courir d'un côté ou de l'autre par rapport à la gestion du service* » (E24I317) tout en s'attachant à « *répondre à un téléphone pour tout et n'importe quoi toutes les cinq secondes* » (E24I307). A cela s'ajoute également ce que Mme. E\* perçoit comme une perte totale de communication à l'échelle de son établissement, et qu'elle explique par la restructuration récente des Centres Hospitaliers en différents pôles, « *au bon vouloir de l'entente des médecins* » (E9I86). Dès lors, elle considère que les seuls échanges qui existent encore se déroulent uniquement à l'intérieur de chacun de ces pôles, en fonction de la personnalité du trio de direction. Ainsi elle déclare que « *soit la parole est libre, ou soit [...] elle n'est pas possible* » (E6I52), ce qui semble être justement le ressenti actuel de notre interviewée : « *Quand le cadre supérieur n'[est pas dans une dynamique d'échanges], et bien c'est l'omerta. On ne parle pas de situations gênantes, on les vit. Point barre.* » (E19I195). Ces conditions de travail lui font par conséquent fortement regretter « *les temps d'expressions professionnelles* » (E24I320)

entre cadres auxquels elle assistait avant que ces derniers soient supprimés. Elle estime en outre que leurs disparitions a conduit à « *la non-conscience du travail des uns et des autres* » (E24|324) dans une perte de l'intérêt commun.

C'est par la suite au travers les thèmes du **Rapport à la hiérarchie**, du **Rapport aux médecins** et du **Rapport à l'équipe de soins**, tous placés sous la catégorie du **Rapport aux collègues**, que nous envisageons les relations entre Mme. E\* et l'ensemble de ses collègues comme relativement complexes. D'ailleurs, c'est d'elle-même que notre interviewée qualifie la situation de « *délicate* » (E6|49) en considérant posséder très peu de soutien autour d'elle. En effet, elle explique que la communication avec sa cadre supérieure se révèle extrêmement difficile dans la mesure où celle-ci « *est très directive* » et « *[lui] IMPOSE une forme de management* » (E7|60) qui n'est pas le sien. Cette situation l'a conduit par conséquent à penser que c'est plus globalement l'ensemble de la direction qui s'oppose à la mise en place d'un management participatif avec son équipe de soins. Aussi, les relations entretenues avec cette dernière ne semblent de leur côté pas beaucoup plus apaisées. Il y aurait en effet, d'une part, les aides-soignantes « *très empathiques* » (E13|139) quant aux difficultés éprouvées par Mme. E\*, et d'autre part, les infirmières qui, « *inféodées à l'identité médicale* » (E13|142) interpréteraient les dimensions d'écoute et d'échange comme des faiblesses. Quant aux médecins, notre interviewée en dit peu de choses si ce n'est que leurs rapports paraissent avoir toujours été plus ou moins conflictuels, en témoignent les raisons pour lesquelles les cadres de santé ont selon elle fait la grève en 1983 : « *les médecins évoquaient que c'était les seuls qui généraient les fonds pour faire tourner les hôpitaux.* » (E22|272).

En ce qui concerne les unités de sens réunies sous le thème de **l'Etat psychologique**, ces dernières permettent de mettre en avant la relative souffrance que semble éprouver Mme. E\* dans l'exercice quotidien de son métier. Aussi, bien que les causes avancées y soient multiples, toutes paraissent néanmoins partir du même conflit de valeurs. Il s'agit de celui relevant des difficultés de compréhensions managériales qui existent entre la cadre supérieure et notre interviewée. En effet, celle-ci avoue que cette relation constitue pour elle « *une source d'insatisfaction au travail* » (E11|133). Dès lors, possédant une mauvaise image d'elle-même et estimant ne pouvoir compter, ni sur le soutien de sa hiérarchie, si sur celui de son équipe de soins avec qui elle ne sait pas véritablement comment se comporter, c'est très vite seule que notre interviewée se retrouve : « *Et puis bah, j'ai personne à qui en parler* » (E20|215). Emergence alors une souffrance psychologique et physique : « *...des fois j'en souffre [psychologiquement]. C'est-à-dire qu'il y a une alerte. C'est quand je me coince le dos.* » (E20|210). Puis c'est un véritable

cercle vicieux qui semble ensuite se mettre en place au sens où Mme. B\* considère que ce mal-être individuel est à son tour source de mal-être pour son équipe soignante. Ainsi en imageant que cette dernière n'est pas épanouie à cause d'elle, elle a l'impression « *que [son] rôle qui est d'accompagner l'équipe, [elle] ne [l']assume pas.* » (E21|230), ce qui a pour conséquence d'augmenter en retour sa souffrance. C'est pourquoi notre interviewée confirme son besoin d'échanger avec d'autres collègues « *afin d'avoir moins de souffrance et de moins se sentir seule* » (E23|300). Elle évoque également l'idée de « *partir dans un autre exercice de [sa] fonction qui est la formation.* » (E20|222).

Le thème du **Rapport au savoir** permet de comprendre davantage les places que paraissent occuper la pratique réflexive, et plus généralement l'échange de vécus dans la vie professionnelle de Mme. E\*. En effet, celle-ci nous précise comment ces temps d'expressions professionnelles - qu'elle regrette tellement aujourd'hui - fonctionnaient. Ainsi, nous découvrons qu'il ne s'agissait absolument pas de temps de réunions comme cela se fait régulièrement dans un service, mais de « *temps d'échanges* » (E6|51) entre pairs, reposant sur « *le partage [...] d'éléments de management* » (E19|192) qui permettaient de savoir « *comment les unes ou les autres avaient résolu* » (E19|192) certaines « *situations de travail* » (E19|190). Dès lors, notre interviewée estime avec le recul que ces temps encourageaient le développement d'une « *réflexivité* » (E19|190) comme source d'une plus grande connaissance des problématiques et de la place de chacun dans l'établissement. Or, puisqu'ils ont été supprimés, c'est à présent vers des amies également cadres de santé mais au sein d'autres établissements que Mme. E\* se tourne quelques fois pour échanger sur ces difficultés.

Enfin concernant le thème des **Ressources extérieures**, nous avons seulement pu relever une rapide évocation à la psychologue du travail à qui Mme. E\* faisait ponctuellement appel au sein de l'ancien établissement où elle exerçait.

## CHAPITRE 8 – UN SECOND TEMPS DE MISE EN COMPARAISON PUIS D'INTERPRETATION

«...l'analyse transversale instaure et légitime la différence entre les personnes et les pensées [...] sans en exclure la parenté et l'analogie. »

(Schaeffer, 2010, p.11).

Les tableaux d'analyses individuelles qui ont été réalisés pour chacun des entretiens ont permis de faire émerger de multiples *Sous-thèmes*, *Thèmes*, et *Catégories*. Dès lors, c'est dans l'objectif de pouvoir en effectuer une analyse transversale que nous nous sommes attachés à élaborer une méthode permettant de comparer les données. Celle-ci nous a ainsi conduits à relever un certain nombre de points communs et de dissemblances que nous avons ensuite mis en parallèle avec nos concepts, afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche.

### 1. Lorsque plusieurs analyses individuelles deviennent une seule analyse transversale.

Souhaitant réunir l'ensemble de nos données pour pouvoir les comparer, nous nous sommes orientés vers la réalisation d'un nouveau tableau pensé en deux entrées<sup>26</sup> : l'une horizontale reprenant les thèmes et/ou catégories précédemment identifiés (les deux dernières colonnes de droite des tableaux d'analyses individuelles) ; et l'autre verticale mentionnant à quelle personne interrogée les unités de sens inscrites à l'intérieur du tableau correspondaient.

	Identité personnelle	Parcours de vie	Exercice de la profession	Environnement de travail
Mme. B*/D*/E*				
	Ressources extérieures	Rapport aux collègues	Etat psychologique	Rapport au savoir

Pour exemple, citons ici la colonne de l'*Identité personnelle* qui s'est constituée des unités de sens dont la colonne *Thème* présente dans chaque tableau d'analyse individuelle indiquait *Identité personnelle*. Cette méthode a ensuite été reprise pour les autres colonnes, avec néanmoins une légère variante lorsque le *Thème* venait s'inscrire plus généralement dans une *Catégorie*. Dans ce cas, c'est alors non pas le *Thème*, mais la *Catégorie* qui a été reprise sous une entrée horizontale dans notre tableau d'analyse croisée.

Aussi, la colonne *Identité Personnelle* incluait l'âge, les traits de personnalité ainsi que les représentations que pouvaient porter les cadres de santé sur elles-mêmes. Celle relative au *Parcours de vie* abordait ensuite l'évolution professionnelle, le/les secteur(s) d'exercice(s) et le/les formation(s) initiale(s) et continue(s) suivie(s) par chacune d'elles. Puis la colonne

<sup>26</sup> Tableau d'analyse croisée disponible en annexe, numéro 16.

*Exercice de la profession* évoquait l'ancienneté dans le métier, le/les mission(s) et fonction(s) professionnelle(s) déclarée(s), le type de management et les modalités de communications privilégiées, ainsi que les éventuels besoins exprimés quant à la profession. La quatrième colonne, *Environnement de travail*, comprenait quant à elle l'organisation et les conditions individuelles de travail ainsi que leurs facteurs d'influence au regard des valeurs investies par chaque interviewée. Puis celle relative aux *Ressources extérieures* faisait référence aux acteurs, aux modalités et aux fonctions-ressources sur lesquelles les cadres ont déclaré pouvoir compter en matière de qualité de vie au travail. La colonne *Rapport aux collègues* portait de son côté sur les relations entretenues avec l'équipe de direction, celle des médecins et celle de soins. Celle de l'*Etat psychologique* reprenait les unités de sens connotant une motivation ou encore une souffrance, un étonnement ou encore un épanouissement...dans les discours tenus. Enfin, la colonne *Rapport au savoir* s'attachait à identifier le niveau de pratique réflexive ainsi que la place accordée par les cadres de santé à l'expérience et à l'échange de vécus dans l'exercice quotidien de leur métier.

### 1.1 Le thème de l'identité personnelle.

D'un point de vue d'abord du thème de l'*Identité personnelle*, notons qu'aucune des trois cadres de santé que nous avons rencontrés ne possède le même âge. Aussi, c'est dès le début de l'entretien que Mme. B\* et Mme. E\* déclarent avoir respectivement trente-quatre et cinquante-deux ans. Quant à Mme. D\*, bien que celle-ci reste discrète sur le sujet, nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse qu'elle est âgée d'environ quarante ans (ce que nous avons vérifié à posteriori) dans la mesure où elle nous indique être sortie diplômée de l'Ecole d'infirmière en 1994, alors que Mme. B\* l'a été en 2000. Ainsi, notre population d'étude se compose donc de trois tranches d'âges différentes.

Quant à la personnalité, il semble que celles de Mme. B\* et de Mme. D\* soient extrêmement proches puisque toutes deux se présentent comme des personnes positives, ouvertes au dialogue, et qui ne se laissent pas faire en osant affirmer leurs points de vue. De plus, ces femmes donnent l'impression d'être tout à fait passionnées par leur travail : « *Je suis contente de venir au travail le matin.* » (B42|482). Ces éléments nous conduisent ainsi à envisager à l'inverse Mme. E\* comme quelqu'un de plutôt négative et de relativement renfermée sur elle-même, en témoigne la solennité de son discours et le fait qu'elle se soit justement très peu dévoilée en termes de personnalité. Nous pouvons également nous demander si cette cadre ne rencontre pas de réelles difficultés à s'affirmer auprès de ses collègues. En effet, est-ce vraiment de façon volontaire qu'elle s'attache à ne « *jamais forcer les gens* » (E11|113) ou bien

est-ce au contraire parce qu'elle ne parvient pas à se faire respecter ? Enfin, malgré le fait qu'elle ait pu déclarer explicitement : « *c'est un si beau métier, le métier des soins, de prendre soin* » (E21I233), nous ne pouvons affirmer que Mme. E\* éprouve aujourd'hui du plaisir à exercer sa profession. Cela paraît même être le contraire.

## 1.2 La catégorie du parcours de vie.

Concernant la catégorie du *Parcours de vie* dans laquelle prennent place les thèmes du *Parcours professionnel* et du *Parcours de formation*, nous relevons de nombreuses similarités entre celui de Mme. B\* et celui de Mme. D\*. En effet, ces deux femmes ont non seulement toujours exercé au sein du même Centre Hospitalier et qui plus est dans la Fonction Publique, mais elles ont également obtenu leurs diplômes au sein de la même Ecole d'infirmière puis du même IFCS. Aussi, bien que nous ne puissions dire si la scolarité suivie à l'Ecole d'infirmière a été la même avec six ans d'écart, il semble par contre évident que celle proposée à l'IFCS ait quant à elle beaucoup évolué du fait d'un partenariat établi en 2012 avec l'Université. Ce dernier a dès lors permis à Mme. B\* de se voir délivrer deux diplômes de niveau Master 1, l'un en Sciences de l'Education et de la Formation et l'autre en Gestion et Management de Santé, tout en s'exerçant à la recherche au regard d'une pédagogie « *où l'étudiant n'est plus là pour recevoir de l'information et du savoir, mais [pour] participer activement à sa formation* » (B8I77).

Quant à Mme E\*, celle-ci ne semble avoir en commun avec les deux autres que le fait d'être passée par un poste de faisant-fonction avant d'entrer à l'IFCS et d'exercer aujourd'hui dans le même établissement qu'elles. Ainsi, contrairement à Mme. B\* et Mme. D\*, cette cadre a d'abord connu le secteur privé pour rejoindre ensuite la Fonction Publique Hospitalière. C'est en outre par la voie de la formation continue, et non celle de la formation initiale (Mme. B\* et D\*), qu'elle a obtenu son diplôme d'infirmière après cinq ans d'expérience dans le domaine de la santé.

Mentionnons également qu'en termes de future évolution professionnelle, les projets évoqués par Mme. D\* et Mme. E\* ne semblent absolument pas les mêmes si ce n'est que tous les deux ont un lien étroit avec la formation. En effet, alors que Mme. D\* fait référence à sa volonté d'entrer prochainement à l'Université pour suivre une formation diplômante et continuer à s'enrichir dans l'exercice de son métier, Mme. E\* souhaite quant à elle quitter son poste actuel pour « *partir dans un autre exercice de [s]a fonction qui est la formation.* » (E20I222). De son côté, nous pouvons faire l'hypothèse que Mme. B\* n'envisage pas pour le moment de partir de son service puisqu'elle l'a rejoint il y a seulement quelques mois.



### 1.3 La catégorie de l'exercice de la profession.

Puis la catégorie *Exercice de la profession*, qui regroupe le thème de *Profession cadre de santé* et de *Dimension de Management*, met en avant l'existence des différents niveaux d'ancienneté que nous désirions retrouver dans notre population d'étude. Dès lors, Mme. B\* apparaît ici comme la « *jeune cadre* » (B42I244) peu expérimentée quant à la gestion d'un service au sein duquel elle est arrivée il y a un peu moins d'un an. Elle s'oppose à Mme. E\* qui travaille quant à elle en tant que cadre depuis déjà plus de 10 ans. Quant à Mme. D\*, occupant le même poste depuis sa sortie de l'IFCS en 2008, elle s'inscrit donc à la place intermédiaire, à savoir celle du cadre exerçant depuis plus de 5 ans.

Si nous faisons maintenant le parallèle avec les besoins exprimés quant à l'exercice de la profession, celui de Mme. B\* semble lié à une volonté d'accroître sa légitimité au regard de sa toute jeune carrière de diplômée. De son côté, Mme. D\* évoque son grand besoin de proximité avec l'équipe de soins qu'elle encadre. Enfin Mme. E\* ne cesse d'exprimer tout au long de son discours son manque profond d'échanges avec ses autres collègues : « *Donc je crois que ce qui m'aiderait vraiment, c'est de parfois partager avec les autres.* » (E21I233). Ces dissemblances n'empêchent toutefois pas nos cadres de porter globalement le même regard sur leur métier. En effet, toutes trois résument leurs missions et fonctions par une double responsabilité de gestion et de management, en mettant l'accent sur l'absentéisme. Nous relevons ensuite que Mme. B\* est la seule à évoquer une mission d'accompagnement au changement, alors que Mme. D\* insiste quant à elle sur une notion de réflexivité : « *on a [...] un rôle de réflexion sur des problématiques de service [...] de dysfonctionnement on va dire* » (D9I85).

En ce qui concerne enfin la dimension de management, c'est encore une fois en commun que nos interviewées déclarent octroyer une place essentielle à la communication dans leur mode d'encadrement. Elles précisent ainsi que leur démarche se veut transparente et honnête afin que les décisions hiérarchiques « *soient acceptées et COMPRISES* » (B42I508). Or, une différence semble jouer ici un rôle majeur entre, d'une part, les situations de Mme. B\* et Mme. D\*, et d'autre part, celle de Mme. E\*. Il s'agit du type de management auquel déclarent avoir recours nos interviewées. Ainsi, alors que les premières estiment réussir à mettre en place leurs modalités relationnelles en ayant recours à un management soit participatif, soit directif, Mme. E\* nous fait part de son impossibilité à développer le management participatif qu'elle s' imagine, tout en rejetant strictement celui directif. Ayant dès lors pour principe de ne jamais forcer les gens, c'est d'elle-même que cette dernière se retrouve parfois dans des situations managériales difficiles qui peuvent se révéler dangereuses pour la qualité des soins.



#### 1.4 Le thème de l'environnement de travail.

Vient ensuite le thème de *l'Environnement de travail* au sein duquel nous distinguons plusieurs différences dans les propos de nos interviewées. Ainsi, Mme. B\* est d'abord la seule à déclarer posséder des horaires en décalé, ce qu'elle considère créer un cloisonnement entre elle et ses autres collègues. C'est également la seule à ne pas faire mention de conditions de travail stressantes alors que Mme. D\* l'admet à plusieurs reprises et que Mme. E\* va même jusqu'à qualifier la situation de « *difficile* » (E5134). D'autre part, Mme. B\* et Mme. D\* nous indiquent toutes deux exercer leur profession en binôme, avec un autre cadre de santé, ce que Mme. E\* n'évoque absolument pas en évoquant même, à l'inverse, son extrême solitude.

Quant à l'aspect une nouvelle fois communicationnel, nous identifions deux attitudes différentes : d'une part celle de Mme. B\* et de Mme. D\*, que nous qualifierons d'*active*, et qui consiste à aller de soi-même à la rencontre des collègues afin de dialoguer de façon non formelle ou informelle avec eux ; et d'autre part celle de Mme. E\*, que nous nommerons de *passive*, dans la mesure où celle-ci semble davantage se limiter aux espace-temps communicationnels formels, c'est-à-dire à ceux prévus officiellement dans l'emploi du temps. Dès lors, en considérant à la suite du discours de Mme. E\* qu'il n'existe plus ou très peu de temps d'échanges dans l'organisation officielle de nos trois cadres, nous comprenons mieux pourquoi l'une (Mme. E\*) estime évoluer aujourd'hui dans un environnement professionnel très peu communicant, alors que les deux autres (Mme. B\* et D\*) n'en font pas mention en allant même jusqu'à évoquer une mutualisation des ressources.

#### 1.5 La catégorie du rapport aux collègues.

La catégorie du *Rapport aux collègues* comprenant les thèmes du *Rapport à la hiérarchie*, *aux médecins* et à *l'équipe de soins* permet alors de relever un point commun entre Mme. B\* et de Mme. E\*. En effet, toutes les deux évoquent l'existence d'un cloisonnement entre les différents pôles d'activité : « *c'est vrai que c'est assez flagrant de voir les différentes personnes, le pôle cœur il mange là, le pôle reconstruction mange là* » (B231249). Toutefois, la ressemblance s'arrête là dans la mesure où Mme. B\* (comme Mme. D\*) déclare avoir de très bons rapports avec sa cadre supérieure, ce qui n'est pas le cas de Mme. E\* qui voit même dans l'attitude générale de sa direction une volonté de s'opposer à son type de management.

Concernant ensuite les relations à l'équipe de soins, celles-ci semblent pouvoir être qualifiées de globalement « *bonnes* » (B291334) pour nos trois cadres de santé. Toutefois, nous remarquons l'existence de quelques difficultés d'autorité exprimées par Mme. B\*, et surtout

par Mme. E\* qui estime ne pas toujours pouvoir compter sur ses infirmières dans la mesure où celle-ci remettent régulièrement en cause ses décisions. Quant à Mme. D\*, elle considère à l'inverse se trouver aujourd'hui « *dans le confort avec l'équipe paramédicale* » (D15I183). Puis c'est unanimement que nos interviewées présentent leurs relations avec les médecins comme relativement complexes du fait de l'existence de certaines difficultés de communication (Mme. B\*) allant même parfois jusqu'à l'agression verbale (Mme. D\*). Mentionnons enfin que Mme. D\* est la seule à évoquer un manque de soutien hiérarchique quant aux possibilités de formation continue, et plus généralement d'évolutions professionnelles qui sont offertes aux cadres de santé dans son établissement.

### 1.6 Le thème de l'état psychologique.

C'est au travers le thème de *l'Etat psychologique* que nous percevons de nouveau le plaisir éprouvé par Mme. B\* et Mme. D\* de travailler en tant que cadre. Aussi, alors que la première ne cherche pas à cacher son plein épanouissement dans le domaine, la seconde reste quant à elle plus prudente en se déclarant davantage « *bien dans ses baskets* » (D49I423) que véritablement épanouie. Cette légère différence n'empêche toutefois pas nos interviewées à justifier leur état psychologique de la même façon. Elles nous expliquent ainsi être aujourd'hui parvenues à trouver un certain équilibre entre leurs valeurs individuelles et l'exercice quotidien de leur métier : « *Et les valeurs que j'ai sont vraiment en adéquation avec le service public.* » (B10I99). Dès lors, c'est à l'opposé que semble venir s'inscrire la situation professionnelle de Mme. E\* au sens où celle-ci estime à ce jour énormément souffrir de ne pouvoir justement « *réaliser [...] [ses] valeurs de management* » (E20I209).

D'un point de vue ensuite de l'expérience de chacune quant aux RPS, toutes déclarent avoir été touchées au moins une fois au cours de leur carrière par ces derniers. Néanmoins, nous pouvons identifier trois parcours différents. Il s'agit d'abord de celui de Mme. B\* qui, même si elle admet avoir « *déjà remporté à la maison un p'tit peu de douleur* » (B38I438), paraît jusqu'alors plutôt épargnée de toute situation de violence ou de stress intense. Puis le parcours de Mme. D\* se présente comme celui d'une femme qui a déjà été l'objet de plusieurs agressions verbales de la part d'un médecin. Enfin, celui de Mme. E\* paraît être le plus dense si nous considérons la souffrance exprimée par cette cadre au court de son discours. Dès lors, ces expériences semblent avoir en partie conditionnées les attitudes actuelles de nos interviewées envers les RPS. En effet, alors que Mme. B\* et Mme. D\* ne cessent de revendiquer leur volonté d'améliorer leur propre qualité de vie et celle des soignants, Mme. E\* apparaît quant à elle comme une professionnelle à bout de souffle.

### 1.7 Le thème du rapport au savoir.

Le thème du *Rapport au savoir* met à son tour en avant plusieurs points communs dans les propos tenus par nos interviewées. D'abord, toutes trois admettent se former aujourd'hui par leurs expériences, et surtout par celles de leurs collègues : « *je me forme ENORMEMENT par l'EXPERIENCE de ma collègue* » (B34|380). Puis c'est également en commun qu'elles reconnaissent attribuer un rôle majeur à l'existence d'espace-temps d'échanges sur leur lieu de travail. Aussi, elles y avancent plusieurs raisons : d'une part, parce qu'ils permettent de rompre la solitude du cadre de santé (Mme. B\* et E\*) ; d'autre part, parce qu'ils se présentent comme un véritable soutien en termes de difficultés managériales (Mme. B\*, D\* et E\*) ; en outre, parce qu'ils encouragent à une plus grande connaissance, et donc à une plus grande compréhension de son environnement professionnel et des changements qui l'impactent (Mme. B\*, D\* et E\*). C'est pourquoi nos interviewées considèrent que ces espace-temps favorisent à terme l'émergence d'un « *intérêt commun* » (E8|73) pensée comme une mutualisation des ressources.

Quant à la dimension de réflexivité en elle-même, il semble que celle-ci ne soit pas développée de façon identique chez nos trois cadres. En effet, si nous nous limitons au nombre d'unités de sens relevé sous cette entrée, c'est Mme. B\* qui apparaît ici comme la moins réflexive de toutes. Cela ne veut toutefois pas dire qu'elle ne le soit pas, en témoigne notamment la démarche d'analyse qu'elle a menée au regard de ses difficultés à mettre en place un management participatif. Nous percevons cependant Mme. D\* et Mme. E\* comme plus à l'aise. D'ailleurs nous dirions que la seconde l'ait d'avantage encore que la première dans la mesure où celle-ci déclare : « *Ya longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi !* » (D42|391).

### 1.8 Le thème des ressources extérieures.

Enfin concernant le thème des *Ressources extérieures*, nous notons que seule la psychologue du travail a été plusieurs fois évoquée dans les discours de nos cadres (Mme. B\* et E\*). A ce premier acteur sont également venus s'ajouter le CHSCT (Mme. B\*) et la médecine du travail (Mme. D\*), mais tous deux abordés qu'une unique fois. Cela nous amène par conséquent à envisager la psychologue comme l'acteur le plus connu, et sans doute celui jugé le plus pertinent en matière de qualité de vie au travail.

## 2. Vers une interprétation des données.

Afin de statuer sur nos hypothèses, nous nous sommes ici attachés à mettre en lien nos données empiriques avec les concepts théoriques développés dans la première partie de ce mémoire. Pour ce faire, nous avons alors opté pour une interprétation individuelle, dans la mesure où les démarches précédemment menées nous ont fait prendre conscience à quel point les relations entre les professionnels et leur environnement pouvaient varier d'une personne à une autre. D'ailleurs, c'est notre sujet tout entier qui semblait particulièrement bien se prêter à cette approche, en impliquant des notions d'expérience et de qualité de vie au travail qui reposent pour une très grande part sur la subjectivité.

Nous devons alors reconnaître que nous étions plutôt confiants dans l'idée de pouvoir organiser de façon claire et lisible l'avancée de notre réflexion. Or, nous nous sommes rapidement rendu compte de la difficulté de cette tâche du fait que nous ne parvenions pas à identifier un axe d'entrée. En effet, c'est comme si nous nous heurtions à un système complexe au sein duquel tout semblait influencer sur tout. Dès lors, nous avons estimé plus pertinent d'appréhender en priorité les relations Homme-travail de nos interviewées, afin de discerner ensuite l'influence d'une pratique réflexive sur leurs qualités de vie individuelles.

### 2.1 Un épanouissement personnel prenant place au sein d'un environnement de travail équilibré.

Rappelons que Mme. B\* a constitué le profil de la jeune cadre de santé toute juste diplômée. Aussi, une mise en parallèle de son discours avec le concept de Travail nous a orientés vers l'approbation de la théorie de Dejours (2000) selon laquelle le rapport Homme-Travail est à envisager comme un espace relationnel en constant mouvement. C'est ainsi pour en rendre compte, et donc mieux saisir l'environnement professionnel dans lequel évolue notre cadre, que nous avons choisi de débiter notre interprétation par le triangle de Lhuilier (2002) organisé autour de trois pôles : le rapport à soi, le rapport à autrui et le rapport au réel.

Si nous commençons alors par le rapport à soi, plusieurs données nous amènent à penser que Mme. B\* est une personne qui se connaît aujourd'hui particulièrement bien. En effet, c'est avec aisance qu'elle nous présente ses valeurs, ses motivations et son caractère, en n'hésitant pas une seule seconde à nous ouvrir les portes de son univers psychologique. Cette liberté d'expression nous permet ainsi de la percevoir comme une professionnelle raisonnablement investie dans une éthique du care qui, mêlant la pratique technique à l'émotionnel, accorde une place majeure à la dimension expérientielle du métier. Toutefois, il

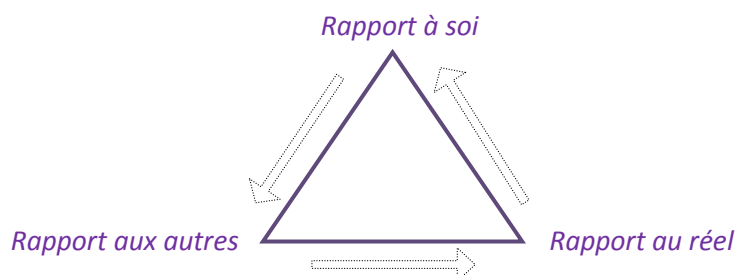
semble que ce soit davantage vers son nouveau groupe d'appartenance, et non celui de référence, que se positionne à ce jour notre cadre (Catanas, 2008).

Puis la démarche consistant à faire le lien entre le rapport à soi / rapport aux autres met l'accent sur l'approche communicationnelle très active que mène Mme. B\* afin de se garantir un certain nombre d'échanges informels avec ses collègues. Aussi, cette attitude de dialogue peut venir souligner le fait que notre interviewée reconnaisse une fonction sociale essentielle au travail, au sens où toute action individuelle s'inscrit inévitablement au regard de buts plus collectifs (Lhuilier, 2002). C'est dès lors en se confrontant régulièrement aux autres que Mme. B\* paraît réussir à assumer au mieux ses responsabilités tout en développant une plus grande connaissance d'elle-même et de son environnement. Cette posture semble par ailleurs participer à la préservation de relations professionnelles apaisées.

D'un point de vue ensuite de la correspondance entre le rapport aux autres / rapport au réel, nous percevons deux grandes évolutions environnementales. La première relève ainsi du fait que Mme. B\* ait dû intégrer un service inconnu suite à l'obtention, il y a peu, de son diplôme de cadre de santé. Cela a par conséquent impliqué pour elle, non seulement un nouveau contexte de travail, mais aussi une nouvelle posture professionnelle, avant d'être accompagné d'une importante restructuration des locaux et du personnel.

Pour finir, il semble que la relation établie par Mme. B\* entre le rapport au réel / rapport à soi repose sur une forte capacité d'adaptation de cette dernière à l'égard de son environnement. En effet, c'est en termes de management que notre interviewée en fait d'abord preuve, en recourant aux modalités relationnelles qui semblent correspondre le mieux à son équipe. Puis c'est dans un objectif plus global de bien-être au travail qu'elle fait également appel aux psychologues pour mettre en place un accompagnement aux changements. Enfin, c'est en réponse à son besoin de communication qu'elle se crée ses propres espace-temps d'échanges informels afin de pallier à ceux presque existants dans l'organisation officielle.

Dès lors, nous estimons pouvoir modéliser ce rapport Homme-Travail comme il s'en suit dans la mesure où la liaison entre les trois pôles semble parfaitement se faire :



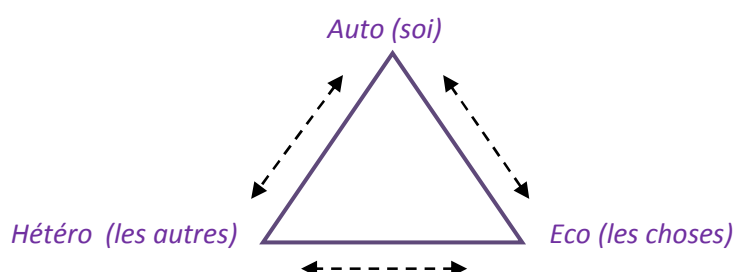
Aussi, cette situation conduit à envisager notre cadre comme quelqu'un qui maîtrise parfaitement le genre de sa profession et qui plus est, qui possède un style relativement développé (Clot, 2008). En effet, c'est en ayant acquis une connaissance assez large de son environnement et de soi-même que Mme. B\* semble aujourd'hui être pleinement consciente de l'autonomie dont elle dispose afin de prendre une distance sur les normes et les règles implicites, et transformer les contraintes du métier en ressources personnelles. Il apparaît en outre que cette adéquation entre l'expression des besoins et l'activité professionnelle de notre interviewée soit source d'équilibre psychologique, et donc d'épanouissement personnel. D'ailleurs, un parallèle effectué avec les facteurs de RPS (Collège d'expertise, 2007) vient renforcer cette idée puisque nous ne retrouvons aucun de ceux-ci dans l'environnement du travail décrit : les rapports sociaux sont réguliers, l'exigence émotionnelle ne semble pas trop élevée, l'autonomie est importante et les conflits de valeurs n'existent quasiment pas.

Si nous continuons notre interprétation, il paraît possible de discerner un lien d'influence entre cette relation Homme-Travail et la façon dont Mme. B\* envisage son métier. C'est effectivement par le biais des compétences relevées dans le référentiel des cadres (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2012) que nous percevons en premier lieu cette idée au sens où les propos de notre professionnelle semblent se cristalliser autour de cinq dimensions. Il s'agit de la négociation, de l'encadrement et du relationnel abordés explicitement, mais aussi de l'analyse et de l'adaptation que nous saisissons au regard des éléments précédemment développés et de la place qu'elle nous dit accorder à la réflexion. A cela vient également s'ajouter le fait qu'elle ne fait absolument pas mention de tensions liées à l'exercice de son métier (Simon, 2002) alors qu'elle insiste particulièrement sur son rôle de relais quant aux décisions hiérarchiques pour que celles-ci soient non seulement appliquées, mais aussi comprises (Scheweyer, 2013). Enfin, il apparaît que Mme. B\* ait réussi à ce jour à créer une relation de proximité avec son équipe sans pour autant s'investir trop émotionnellement (Tissot, 2013). C'est par conséquent en tant que cadre stratège, et non cadre exécutant, (De Singly, 2009) que nous l'envisageons.

Puis en insistant sur la transparence et l'honnêteté, notre interviewée met l'accent sur l'aspect participatif de sa démarche, dans l'idée que le relationnel est un facteur essentiel de performance et de qualité des soins (Colombat et al, 2012). C'est par ailleurs en nous expliquant que son équipe commence tout juste à accepter ce mode d'encadrement qu'elle souligne l'importance de relations basées sur la confiance. En outre, il semble que ce soit dans une volonté de prendre les décisions les plus justes possibles qu'elle accorde une place

essentielle à l'échange et à la réflexivité. Confiance, décision, réflexivité, nous pouvons ainsi qualifier ce management de responsable (Michaud, 2013).

Il nous ait dès lors apparu intéressant de rapprocher ces considérations avec le concept de formation afin de discerner l'existence d'un éventuel lien entre le rapport Homme-travail tout juste exposé, et le rapport au savoir de Mme. B\*. Dans ce cadre, le discours tenu nous conduit à confirmer la théorie d'Ardouin (n.d) selon laquelle la sphère du travail est celle qui repose le plus sur des apprentissages informels. En effet, bien qu'elle admette disposer de la formation continue, notre interviewée reconnaît toutefois que c'est avant tout au détour d'un couloir qu'elle en apprend le plus sur son métier. Cela sous-entend ainsi qu'elle est capable de se former à la fois par elle-même, par les autres et par son environnement, de façon diurne et nocturne (Pineau, 1991).



Ce schéma nous conduit par conséquent à envisager Mme. B\* comme une personne possédant un habitus de praticien réflexif déjà relativement développé pour sa jeune carrière. Il nous permet en outre de mieux comprendre comment cette professionnelle a pu acquérir une si grande connaissance d'elle-même et de son environnement dans la mesure où la réflexion sur l'action favorise non seulement une analyse objective des faits, mais également une analyse subjective des données psychologiques sous-jacentes. (Perrenoud, 2004).

## 2.2 Un bien-être reposant sur des temps ponctuels d'échanges entre pairs.

La seconde personne avec laquelle nous nous sommes entretenus correspondait au profil de la cadre de santé exerçant comme tel depuis plus de cinq ans. Celle-ci était en outre connue pour mettre en place un management participatif auprès de son équipe. Aussi, c'est pour éviter certaines redondances que nous nous sommes ici limités à la reprise de quelques éléments nous permettant de mieux cerner la relation Homme-travail décrite par Mme. D\*.

Dans ce cadre, débutons une nouvelle fois par le triangle de Lhuillier (2002) et son pôle du rapport à soi sous lequel nous remarquons que notre interviewée paraît aujourd'hui globalement bien se connaître, malgré quelques difficultés à se définir en termes de personnalité. Nous découvrons ainsi une professionnelle pleinement investie dans une éthique

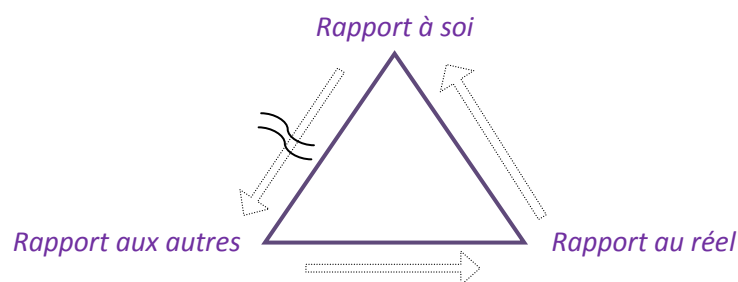
du care dans la mesure où l'émotionnel semble occuper chez elle une place aussi importante que l'intellectuel. Cela permet dès lors de mieux comprendre pourquoi elle s'envisage encore comme une infirmière et éprouve un si grand besoin de proximité avec son équipe. Toutefois, c'est en nous explicitant ses fonctions de cadre que Mme. D\* apparaît en réalité se trouver à mi-chemin entre son groupe d'appartenance et son groupe de référence (Catanas, 2008).

D'un point de vue à présent de la liaison entre le rapport à soi / rapport aux autres, nous percevons la démarche de communication entreprise par notre interviewée comme relativement active, bien que celle-ci ne paraisse pas s'adresser à l'ensemble des collègues. En effet, les relations avec l'équipe médicale étant assez tendues, c'est par conséquent vers ses pairs que Mme. D\* annonce trouver le plus de soutien dans l'exercice de son métier. Ces échanges informels complétés par quelques temps officiels se présentent alors pour elle comme des exigences fondamentales afin de mener à bien sa responsabilité de qualité des soins. C'est donc de nouveau au travers la fonction sociale du travail que notre cadre semble parvenir à assumer ses missions tout en développant une plus grande connaissance d'elle-même et de son environnement, pour un meilleur équilibre psychologique (Lhuillier, 2002).

Puis, la relation établie par Mme. D\* entre le rapport aux autres / rapport au réel nous conduit à percevoir un environnement assez peu évolutif au sens où seules une gestion de l'absentéisme et une mise en application des décisions hiérarchiques semblent pouvoir engendrer quelques changements. En effet, c'est depuis plus de cinq ans que notre cadre de santé travaille au sein du même service sans avoir connu d'évolutions majeures.

Pour finir, l'étude du lien entre le rapport au réel / rapport à soi met en avant le fait que Mme. D\* possède non seulement la capacité de s'adapter à son environnement, mais qu'elle sait également modeler celui-ci à son propre fonctionnement psychologique. Elle nous en témoigne ainsi au travers les explications qu'elle donne quant à sa gestion de l'absentéisme ou quant à sa volonté de se créer des temps d'échanges informels afin de répondre à son besoin de communication. Dès lors, c'est par le recours à cette capacité que notre cadre semble principalement réussir à allier efficacité de son service et bien-être individuel.

Attachons-nous donc à schématiser ce nouveau rapport Homme-travail :





Nous estimons en effet que la relation rapport à soi / rapport aux autres ne se réalise pas pleinement au sens où nous avons pris connaissance des agressions verbales dont Mme. D\* a été victime de la part d'un médecin. C'est toutefois en ayant réussi à dépasser ces situations de violences sans que cela impacte les autres pôles qu'elle paraît être parvenue à préserver un environnement propice à une certaine qualité de vie au travail. Dès lors, sans reprendre ce que nous avons développé pour Mme B\*, indiquons seulement que ces considérations nous conduisent une fois encore à envisager notre cadre comme une personne qui maîtrise le genre de sa profession, et qui possède en outre un style bien à elle (Clot, 2008). Ainsi, c'est par l'utilisation à bon escient de son autonomie que Mme. D\* parvient à adapter le formel aux spécificités informelles, tout en s'affirmant individuellement au regard des autres. Pourtant, une situation semble encore particulièrement lui résister : celle de l'absentéisme qui, survenant le plus souvent de façon imprévue, provoque chez elle un important stress du fait qu'il nécessite des solutions d'urgences (Combalbert, 2010). C'est par conséquent au travers cette exigence émotionnelle élevée et ces rapports sociaux quelques peu conflictuels (Collège d'expertise des RPS, 2007) que nous justifions le fait que Mme. D\* préfère aujourd'hui employer le terme de bien-être à celui d'épanouissement.

Aussi, si nous poursuivons notre analyse, nous relevons de nouveau un lien d'influence entre cette relation Homme-travail et la façon dont notre professionnelle envisage et met en application son métier. En effet, c'est d'abord de façon identique à Mme. B\* que celle-ci mentionne les cinq compétences précédemment évoquées dans la mesure où, elle aussi nous dit accorder une place essentielle à la confiance, à la décision et à la réflexion dans son mode de management (Michaud, 2013). S'ajoute également son extrême volonté à communiquer entre collègues dans l'idée que cela participe activement à la qualité de vie de tous (Colombat et al, 2012). Pour ce faire, Mme. D\* nous explique alors alterner entre des temps officiels de raisonnement en équipe sur des cas médicaux (management participatif), et des temps informels où elle évoque cette fois-ci sa propre pratique avec ses pairs.

Là où le discours varie ensuite quelque peu, c'est au regard des missions abordées par Mme. D\* qui insiste beaucoup plus sur une dimension de stress et sur une position d'intermédiaire entre d'une part, les soignants, et d'autre part, la direction (les médecins ne sont quant à eux pas cités). C'est donc à la fois en tant que cadre stratège et cadre exécutant que nous percevons cette professionnelle (De Singly, 2009).

Ces propos viennent dès lors corroborer une nouvelle fois la pensée d'Ardouin (n.d) au sens où l'informel semble occuper ici une place absolument centrale dans la formation de

Mme. D\*. D'ailleurs, cela va même plus loin puisque celle-ci reproche justement à sa hiérarchie de n'avoir que cette modalité pour développer ses compétences. Par conséquent, nous percevons toute la capacité de notre interviewée à se former à la fois par l'auto, l'hétéro et l'éco, mais de façon seulement nocturne (Pineau, 1991). Ces considérations permettent ainsi de mieux comprendre le rôle qu'elle octroie à l'expérience, tout en soulignant sa faculté à réfléchir sur l'action. Toutefois, nous remarquons que cette démarche cognitive ne semble pas encore totalement maîtrisée du fait que notre cadre nous explique ne la pratiquer que ponctuellement sur sa propre personne. Cela peut donc expliquer pourquoi elle nous est apparue plus à l'aise quant à la description de son environnement plutôt que d'elle-même.

### 2.3 Entre souffrance et solitude.

Mme. E\* s'est présentée comme le troisième profil que nous recherchions, c'est-à-dire celui de la professionnelle occupant un poste de cadre depuis plus de dix ans. Aussi, l'interprétation menée sur son discours s'est révélée très intéressante dans la mesure où nous avons pu découvrir une personne qui semble en totale rupture avec son environnement de travail. Nous nous sommes dès lors attachés à en identifier les raisons et les implications en termes de bien-être psychologique. Pour cela, nous avons donc repris une fois encore le triangle de Lhuilier (2002) en approfondissant d'abord le pôle du rapport à soi.

Les données relevées sous cette première entrée nous amènent alors à considérer Mme. E\* comme quelqu'un qui se connaît parfaitement. C'est par conséquent grâce à cette compréhension d'elle-même que cette dernière semble pouvoir nous indiquer être l'objet d'un douloureux conflit de valeur entre, d'une part, le management de proximité qu'elle souhaite mettre en place, et d'autre part, celui plus directif que lui impose sa hiérarchie. Or, nous percevons en réalité derrière cette obstacle le fait que notre interviewée s'envisage encore pleinement comme une infirmière, et non comme un véritable cadre dont les responsabilités sont tout autres. C'est pourquoi nous l'envisageons davantage du côté de son groupe de référence que de celui d'appartenance (Catanas, 2008).

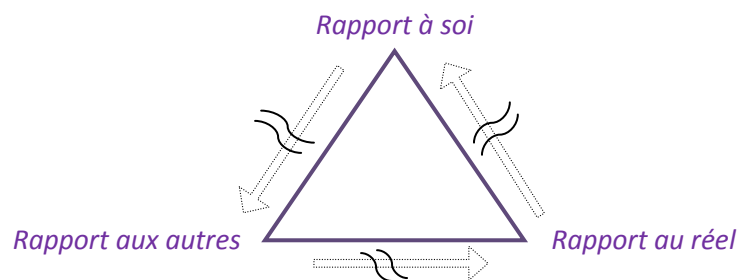
Concernant ensuite le lien entre le rapport à soi / rapport aux autres, nous remarquons le contexte relationnel extrêmement conflictuel dans lequel semble évoluer Mme. E\*. En effet, c'est à la fois avec les médecins, la hiérarchie et même une partie des soignants que cette dernière estime à ce jour rencontrer des difficultés de communication. Dès lors, nous comprenons mieux pourquoi elle nous annonce se sentir si seule dans la mesure où, sans possibilité de soutiens extérieurs, elle ne peut compter que sur elle-même pour faire face aux problématiques liées à son métier. Cette situation l'a conduit par conséquent à se couper de la

fonction sociale du travail qui apparaît pourtant nécessaire à une construction identitaire équilibrée (Lhuillier, 2002). En outre, il semble que ce soit en partie à l'attitude passive de Mme. E\* que nous devons cette perte de contact avec les autres.

D'un point de vue maintenant de la relation entre le rapport aux autres / rapport au réel, le discours tenu par notre interviewée met en avant trois principales évolutions : d'une part, celle liée au fait que Mme. E\* n'ait pas toujours travaillé au sein du même établissement de santé, et qui plus est, dans la FPH ; d'autre part, celle impliquant la disparition des temps d'expressions professionnelles dans l'organisation du travail officielle ; et enfin celle relevant de la création des pôles d'activité suite à la loi HPST de 2009 (Quentin, 2010).

Puis, la correspondance entre le rapport au réel / rapport à soi vient confirmer notre interprétation selon laquelle Mme. E\* apparaît aujourd'hui comme quelqu'un en complet décalage avec son environnement de travail. En effet, alors que ce dernier ne cesse d'évoluer, notre interviewée semble quant à elle restée totalement figée. Elle illustre d'ailleurs particulièrement cette incapacité d'adaptation par son absence de réaction quant à la suppression des temps d'expressions professionnelles, qu'elle considérerait pourtant comme essentiels dans l'exercice de son métier.

Le schéma du rapport Homme-travail qui paraît alors se profiler est le suivant puisque aucune des liaisons ne semble s'accomplir correctement.



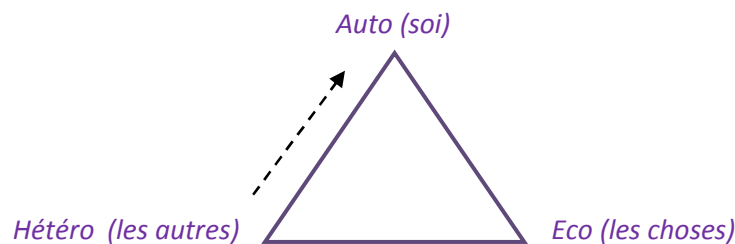
Ces éléments nous conduisent de ce fait à percevoir Mme. E\* comme une cadre expérimentée mais qui maîtrise cependant ni genre, ni style (Clot, 2008). A cela s'adjoint également un environnement professionnel relativement contraignant dans la mesure où la cadre supérieure nous est ici présentée comme personne extrêmement directive. Dès lors, ce sont ces deux conditions relevant d'une absence de liberté qui semblent empêcher notre interviewée à prendre une certaine distance sur ses difficultés afin de les transformer en ressources personnelles. Se produit ainsi une rupture avec l'environnement qui engendre chez elle une souffrance psychologique dont les stratégies défensives exigent beaucoup d'énergie (Dejours, 2000). C'est par conséquent au regard de ces mécanismes que nous pouvons envisager Mme. E\* comme une cadre de santé aujourd'hui sujette aux RPS. D'ailleurs, les

facteurs mis en avant par le Collège d'expertise (2007) nous conforte dans cette idée puisque : les rapports sociaux sont ici conflictuels, l'exigence émotionnelle y est très forte, les conflits de valeurs y sont nombreux, et l'autonomie semble presque totalement inexistante.

En continuant notre analyse interprétative, nous identifions une nouvelle fois un lien d'influence entre le rapport Homme-travail développée par Mme. E\* et la façon dont celle-ci nous présente l'exercice de son métier. En effet, elle est la seule à ne pas avoir fait mention ou démontrer d'une quelconque compétence en matière de négociation, de relationnel, d'adaptation et d'encadrement. C'est en outre en évoquant uniquement ses missions de management d'équipe et de gestion de l'absentéisme que notre cadre semble en réalité posséder une vision très restreinte de ses responsabilités. Ainsi, complètement focalisée sur la relation de proximité qu'elle souhaite mettre en place avec son équipe, elle nous apparaît parfaitement illustrer le cadre exécutant que De Singly (2009) considère comme étant la posture la plus dangereuse au sens où elle implique une exposition importante aux RPS.

Cette rupture d'équilibre accompagnée de souffrances psychologiques prive dès lors notre cadre de la possibilité de recourir à un management qui favoriserait une plus grande qualité de vie au travail, pour elle-même, et ses soignants.

Aussi, un parallèle effectué avec le concept de formation participe un peu plus à notre compréhension de la situation dans la mesure où, n'ayant que peu accès aux apprentissages informels qui sont pourtant les plus nombreux dans la sphère du travail (Ardouin, n.d), Mme. E\* ne paraît dès lors pouvoir compter que sur les quelques échanges formels prévus dans son organisation officielle. De ce fait, c'est en totale dépendance aux autres qu'elle apparaît aujourd'hui se former principalement de façon diurne (Pineau, 1991).



Ce manque de formation par l'expérience semble ainsi conduire notre interviewée à ne développer qu'une vision très parcellaire de son environnement, ce qui induit à terme des difficultés à se positionner au regard de celui-ci (Perrenoud, 2004). Cela ne veut toutefois pas dire qu'elle ne maîtrise pas la réflexivité mais seulement que les occasions pour la développer se font rares. En effet, le niveau de connaissance d'elle-même qu'elle nous témoigne nous amène à penser que Mme. E\* a déjà acquis par le passé cette *habitus* cognitif mais qu'elle l'a sans doute en partie perdu à cause d'un manque de pratique.

## CONCLUSION SECONDE : POUR ALLER PLUS LOIN.

La première partie de ce mémoire a été conclue par une mise en problème de notre question de départ au regard des éléments contextuels et concepts que nous nous sommes attachés à développer. Il s'agissait ainsi initialement de savoir **en quoi la formation expérientielle peut permettre au cadre de santé d'assumer les responsabilités qui sont les siennes dans l'exercice de son métier.**

Aussi, cette démarche nous a conduits à l'expression de notre question de recherche :

**Dans quelle(s) mesure(s) la place accordée ou non à la pratique réflexive par le cadre de santé dans l'exercice de son métier influe-t-elle sur sa qualité de vie au travail ?**

à laquelle nous y avons avancé les hypothèses suivantes :

- L'existence, sur le lieu de travail, d'espace-temps reposant sur un partage de vécus entre collègues induit une pratique réflexive comme source de formation expérientielle.
- Cette pratique réflexive influe positivement sur la qualité de vie au travail du cadre de santé car elle permet respectivement : une plus grande compréhension de soi et de son environnement ; la préservation d'un certain équilibre psychosocial ; un accomplissement de soi.

C'est dans l'objectif de pouvoir statuer sur ces dernières que nous avons par la suite souhaité donner la parole à trois cadres de santé exerçants au sein du même Centre Hospitalier. Puis, la réalisation d'analyses individuelles et transversales menée à partir de ces rencontres nous a permis d'effectuer une mise en parallèle entre d'une part, notre étude empirique, et d'autre part, notre partie théorique. Cette approche a par conséquent souligné à quel point notre thématique implique une subjectivité qui se révèle en réalité très difficile à objectiver. C'est pourquoi nous avons finalement choisi de fonder notre interprétation sur les relations Homme-travail avancées par nos interviewées, afin de mieux discerner ensuite l'influence d'une pratique réflexive sur leurs qualités de vie individuelles.

Il est donc temps de mettre en lien ce dernier chapitre avec nos hypothèses de recherche. Pour ce faire, reprenons sous forme synthétique et individuelle l'ensemble des éléments précédemment identifiés, et cela au regard de trois grands axes :

- L'existence ou non d'espace-temps d'échanges de vécus entre collègues et leurs modalités de mise en œuvre ;
- Le développement d'une éventuelle pratique réflexive et l'aisance avec laquelle celle-ci est appliquée ;
- La qualité de vie au travail comprenant plus précisément : le niveau de connaissance de soi et de son environnement ; l'état psychologique ; et enfin l'expression d'une idée d'épanouissement et/ou d'accomplissement de soi.

Si nous débutons dès lors avec le discours de **Mme. B\***, nous y relevons de multiples espace-temps d'échanges de vécus qui ont lieu pour beaucoup de façon informelle. Aussi, l'un d'eux semble particulièrement prendre le dessus dans la mesure où notre jeune cadre le qualifie elle-même d'« *ENORME* » (B211231). Il s'agit de la pause du déjeuner qui, se déroulant au self de l'établissement, lui permet de garder un contact régulier avec l'ensemble de ses collègues. Toutefois, ce dernier est loin d'être le seul puisque c'est en réalité de façon continue que notre interviewée mène sa démarche de communication, tant auprès de son équipe de soin que de la direction, des médecins, et surtout de ses pairs.

D'un point de vue de la pratique réflexive, l'interprétation que nous avons réalisée a mis en avant le fait que Mme. B\* paraît à ce jour très à l'aise avec cette démarche cognitive. C'est donc en toute autonomie qu'elle gère quotidiennement ses apprentissages au regard des trois pôles (l'auto, l'hétéro et l'éco-formation) et des deux temps (diurne et nocturne) identifiés par Pineau (1991).

Concernant ensuite la qualité de vie au travail, il nous semble que celle de Mme. B\* soit aujourd'hui très bonne, et cela pour plusieurs raisons : d'une part, parce que cette dernière nous témoigne d'un niveau de connaissance d'elle-même et de son environnement très élevé ; d'autre part, parce qu'elle nous démontre du maintien de son équilibre psychologique par le biais d'une adéquation entre ses besoins et la façon dont elle exerce son métier ; et enfin, parce qu'elle nous évoque de façon explicite son épanouissement professionnel, et plus généralement personnel, à travailler aujourd'hui en tant que cadre de santé.

Ainsi, l'ensemble de ces considérations nous amène à transformer le trio

**Espace-temps > Pratique réflexive > Qualité de vie au travail**

en l'équation suivante :

**Mme B\* :** Espace-temps ➤ + Pratique réflexive ➤ = QVT ➤

Puis, les propos avancés par **Mme. D\*** font eux-aussi mention de nombreux espace-temps d'échanges de vécus, aussi bien formels qu'informels, avec néanmoins une majorité de seconds. L'élément qui varie alors principalement au regard de la situation décrite par notre précédente interviewée relève ici de l'idée que ces contacts n'ont pas lieu avec l'ensemble des professionnels. En effet, éprouvant des difficultés de communication avec certains médecins, c'est par conséquent vers sa hiérarchie, et surtout vers ses pairs que notre cadre de santé semble trouver le plus soutien quant à l'exercice managérial de son métier.

L'axe renvoyant ensuite à la pratique réflexive nous apprend que Mme. D\* est une professionnelle qui a déjà eu l'occasion de développer cette démarche, mais de façon seulement ponctuelle. C'est pourquoi elle nous apparaît à ce jour manquer encore d'entraînement pour que cette capacité cognitive devienne un véritable *habitus*. Toutefois, cela ne semble pas l'empêcher de se former quotidiennement suivant les trois pôles de l'auto, l'hétéro et l'éco formation, de façon presque exclusivement nocturne (Pineau, 1991).

Pour finir, nous envisageons la qualité de vie au travail de Mme. D\* comme étant assez élevée au sens où c'est elle-même qui nous indique se trouver aujourd'hui dans un état de bien-être individuel au regard d'un service qui fonctionne. A ces déclarations vient également s'ajouter le fait que notre interviewée semble posséder une connaissance approfondie de son environnement malgré quelques difficultés à se définir personnellement. Notons en outre que les agressions verbales dont elle a été victime ne paraissent pas avoir entamé son équilibre psychologique puisqu'elle nous explique être justement parvenue à les dépasser en les évoquant autour d'elle.

Dès lors, nous percevons ici cette seconde équation :

$$\text{Mme. D* : Espace-temps} \Rightarrow + \text{Pratique réflexive} \Rightarrow = \text{QVT} \Rightarrow$$

Quant à l'interprétation menée à partir de la narration de **Mme. E\***, celle-ci nous a permis de discerner un contexte de travail tout autre que celui de nos deux premières interviewées. Ainsi, nous avons découvert que les espace-temps d'échanges de vécus entre collègues sont pour notre troisième cadre quasi inexistants dans la mesure où elle nous explique évoluer au sein d'un environnement relationnel extrêmement tendu. N'ayant dès lors ni possibilité formelles, ni même informelles d'aborder collectivement son travail, c'est principalement seule qu'elle se retrouve à devoir affronter les difficultés de son métier.

Il semble néanmoins que la réflexivité soit une démarche cognitive relativement développée chez Mme. E\* malgré, il est vrai, un manque certain de pratique quotidienne. Par conséquent, c'est une nouvelle fois seule que notre interviewée nous apparaît mener ces temps

d'analyse et de compréhension sur son vécu, ce qui ne peut lui suffire véritablement pour se former de façon nocturne au contact des autres et des choses (Pineau, 1991).

D'un point de vue enfin de la qualité de vie au travail, nous considérons celle de Mme E\* comme extrêmement faible puisqu'elle n'a cessé d'exprimer ouvertement son mal-être de ne pouvoir investir à ce jour ses valeurs individuelles dans son travail. De plus, un certain nombre d'éléments nous ont conduits à considérer que cette dernière possède en réalité une connaissance très pauvre de son environnement professionnel. C'est dès lors ce décalage initialement présent dans le rapport Homme-Travail qui semble être à l'origine d'une rupture d'équilibre cette fois-ci psychologique. Aussi il apparaît évident que notre cadre souffre aujourd'hui d'un manque important de contact social.

Nous illustrons donc cette dernière situation par l'équation suivante :

$$\text{Mme. E* : Espace-temps} \searrow + \text{Pratique réflexive} \Rightarrow = \text{QVT} \searrow$$

$\Omega$

L'ensemble des équations que nous venons d'identifier pour chacun de nos interviewées nous conduit dès lors à déclarer qu'il semble bien exister un lien d'influence entre, d'une part, le recours à des espace-temps d'échanges de vécus entre collègues, et d'autre part, la qualité de vie au travail. En effet, si nous portons notre attention sur les flèches symbolisant ces éléments, nous remarquons que plus les premiers sont nombreux, et plus le second est élevé.

De plus, il apparaît que ces espace-temps encouragent fortement le développement d'une pratique réflexive dans la mesure où ils permettent de dialoguer entre professionnels sur les difficultés rencontrées dans l'exercice individuel du métier. Néanmoins, une nouvelle comparaison entre nos flèches nous oriente vers l'idée que cela dépend également d'une autre dimension : celle d'une sensibilisation à la démarche, via l'expérience d'une pédagogie au sein de laquelle l'individu est placé au cœur de ses apprentissages.

Par conséquent, cela nous amène à penser que le parcours de formation joue un rôle primordial dans le développement de la réflexivité, et donc indirectement, sur la qualité de vie au travail des cadres. Ainsi, seule Mme. B\*, qui paraît aujourd'hui la plus épanouie de nos trois interviewées, a pu bénéficier d'une collaboration Université-IFCS lui permettant d'acquérir une plus grande réflexibilité de pensée, et par conséquent une meilleure compréhension de son vécu et des enjeux sous-jacents (Reinhart, n.d.).



A ce premier aspect s'en adjoint ensuite de nombreuses autres qui, eux-aussi, semblent pouvoir venir influencer sur l'émergence d'une capacité réflexive. Parmi elles, citons plus particulièrement l'ancienneté que nous envisageons aujourd'hui comme une variable extrêmement importante dans la façon dont les cadres de santé perçoivent l'exercice de leur métier. En effet, nos multiples analyses nous ont permis de mettre en avant l'idée que plus une personne occupe ce poste, et plus elle a tendance à s'investir émotionnellement dans le management de son équipe. Se pose dès lors la question des raisons de ce constat, à laquelle nous y avançons trois interprétations différentes :

- L'expérience plus longue du métier conduit à une usure psychologique, qui entraîne à son tour une baisse de la performance des stratégies défensives, de telle sorte que le professionnel finit par vivre les événements sans pouvoir s'en protéger.
- Les différentes générations de cadres ne perçoivent pas le métier de la même façon, si bien que la dimension de *prendre soin de* est en réalité encore très présente chez les plus anciens, alors que le management d'équipe prend davantage le dessus chez les plus jeunes.
- Le parcours de formation des récents diplômés offre un plus grand nombre de possibilités pour développer une pratique réflexive leur permettant de prendre une certaine distance émotionnel sur leur vécu.

Enfin, si nous reprenons les deux autres critères que nous avons principalement privilégiés quant au choix de notre population, (à savoir le niveau organisationnel que représentent les pôles d'activités, et le type de management), nous remarquons que ces derniers semblent eux-aussi jouer un rôle important sur la qualité de vie au travail des cadres, au sens où ils déterminent grandement les conditions relationnelles dans lesquels évoluent ces professionnels. Ainsi, ce sont d'abord les narrations de Mme. B\* et de Mme. E\* qui nous apprennent que les rapports entretenus avec leur trio de pôle influence pour beaucoup leur lien Homme-Travail, et donc implicitement leur état psychologique. Puis, c'est celle de Mme. D\* qui témoigne à son tour du fait que le management participatif contribue activement à son bien-être individuel, en encourageant l'émergence de relations basées sur des notions d'écoute et de dialogue entre collègues.

**TROISIEME PARTIE :**

**UN REGARD TOURNE VERS L'AVENIR**

L'étude analytique, puis interprétative, qui a été menée dans la deuxième partie de ce mémoire nous a permis de percevoir toute la complexité de notre sujet de recherche au regard d'hypothèses reposant principalement sur la subjectivité. Aussi, c'est par une démarche détournée consistant à distinguer les relations Homme-Environnement que nous sommes finalement parvenus à identifier un lien d'influence entre, d'une part, l'existence d'espace-temps d'échanges de vécus entre collègues, d'autre part, le développement d'une pratique réflexive, et enfin la qualité de vie au travail.

Reprenons-donc, dans une troisième et dernière partie, certains des éléments précédemment abordés afin de proposer un dispositif d'accompagnement qui puisse aider les cadres de santé à s'épanouir individuellement, tout en assumant au mieux leurs responsabilités professionnelles.

Pour ce faire, le chapitre 9 s'attache d'abord à présenter le projet de recherche-action dans lequel s'inscrit le dit dispositif, afin de mieux détailler ensuite les quatre axes autour duquel nous l'avons penser :

- L'intégration des nouveaux arrivants cadres de santé,
- La mise en place de temps officiels d'expression professionnelle entre pairs au sein de l'organisation du travail des cadres de santé,
- Le développement d'une offre de formation spécifique aux cadres de santé,
- La création de « passerelles mobilités » dans une perspective d'évolution professionnelle des cadres de santé.

Chacun de ces axes se développe ainsi de la même façon : il débute par l'identification d'un point de vigilance, pour mener à l'annonce d'un ou plusieurs objectif(s), et finir par une proposition d'action.

Dès lors, cette étape nous conduit vers le chapitre 10 qui, par le biais d'un retour réflexif, nous permet de mettre en avant à quel point la réalisation de ce mémoire a été pour nous capitale, au sens où il nous a fait progressivement basculer du monde des études à celui du travail.

## **CHAPITRE 9 – POINTS DE VIGILANCE ET PERSPECTIVES D’ACTIONS POUR UN DISPOSITIF D’ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE AUX CADRES DE SANTE.**

*« L’ingenium est cette faculté spécifique qui allie le domaine de la connaissance et de l’action. »*

(Ardouin, n.d, p.2)

C’est grâce à cette recherche menée dans un lien étroit entre la théorie et la pratique que nous avons ainsi pu prendre conscience du caractère systémique caché derrière une notion telle que la qualité de vie au travail. Par conséquent, cela nous a permis de comprendre que la réflexivité ne peut, à elle-seule, assurer le bien-être individuel des personnes, malgré le fait qu’elle y participe fortement. En effet, c’est en réalité l’ensemble des relations entretenues par les professionnels avec leur environnement qui détermine pour une grande part leur état psychologique, et donc leur niveau d’épanouissement personnel.

Ces considérations ont dès lors fait évoluer notre projet initial d’une ingénierie de la réflexivité, vers un dispositif plus global d’accompagnement spécifiques aux cadres de santé dans l’objectif de favoriser leur qualité de vie au travail. Aussi, après avoir privilégié une méthode qualitative selon une approche hypothético-déductive, nous avons estimé particulièrement intéressant d’envisager cette fois-ci la mise en place de ce dispositif au regard d’une recherche-action reposant sur une démarche quantitative. Pour ce faire, nous nous sommes alors attachés à développer le protocole<sup>27</sup> suivant :

### **Année N : Evaluation primaire**

- ➔ Une échelle de mesure de QVT est passée de façon auto-administrée et anonyme à l’ensemble des cadres de santé d’un CH engagé volontairement dans le projet.
- ➔ Un dispositif spécifique d’accompagnement est mis en place durant deux années auprès de ces cadres de santé.

### **Année N + 1 : Evaluation secondaire**

- ➔ Un bilan est réalisé avec d’une part, les professionnels participants au dispositif, et d’autre part, l’équipe de recherche, afin d’effectuer les éventuelles modifications nécessaires pour la bonne conduite du projet.

### **Année N + 2 : Evaluation tertiaire**

- ➔ De nouveaux, la même échelle de mesure de QVT est passée aux cadres de santé qui y ont répondu il y a deux ans afin de mettre en avant d’éventuels écarts avec l’évaluation primaire, et de pouvoir statuer ainsi sur les résultats de la recherche-action.

<sup>27</sup> Schématisation du protocole disponible en annexe, numéro 17.

L'échelle à laquelle nous avons ainsi pensé est celle d'Elizur et Shye, traduite en français par Delmas, Escobar et Duquette (2001), qu'il reviendrait d'adapter ici à notre public cible, c'est-à-dire aux cadres de santé. Basée en effet sur des indicateurs positifs de bien-être et de satisfaction au travail, cette méthode quantitative semble parfaitement convenir à une approche psycho-dynamique dans la mesure où, comprenant un total de seize énoncés, elle repose sur deux facettes distinctes et indépendantes :

- La facette A, représentant les interactions de la personne avec son environnement
- La facette B, précisant quant à elle la perception qu'a la personne de son efficacité, et cela au regard de quatre dimensions :
  - Celle physique concerne les qualités et les capacités physiques ;
  - Celle psychologique se rapporte aux aspects de la personnalité ;
  - Celle sociale s'applique aux besoins sociaux et aux relations sociales ;
  - Et pour finir, celle culturelle a trait aux valeurs et aux croyances.

En outre, il nous semble plus logique que cette recherche-action puisse être menée en collaboration avec le Centre Hospitalier au sein duquel nous avons conduit notre première étude. Toutefois, faute d'accord de celui-ci, nous pouvons tout aussi bien envisager de la déployer dans un autre établissement du moment que ce dernier possède un minimum de cinquante services<sup>28</sup>, soit environ un à deux cadre(s) de santé par service.

Après cette présentation générale, abordons à présent de façon un peu plus détaillée le contenu-même de notre dispositif d'accompagnement organisé autour de quatre axes, suivant les points de vigilances précédemment relevé dans les discours de nos interviewées :

- L'axe 1 relevant d'une **intégration des nouveaux arrivants** ;
- L'axe 2 portant sur **la mise en place de temps officiels d'expression professionnelle entre pairs au sein de l'organisation du travail** ;
- L'axe 3 renvoyant au **développement d'une offre de formation spécifique**, et cela suivant deux entrées :
  - Des formations courtes, en programme DPC, ou non DPC,
  - Des formations qualifiantes, en partenariat avec l'Université.
- L'axe 4 traitant de **la création de « passerelles mobilités » dans une perspective d'évolution professionnelle**.

<sup>28</sup> Seuil déterminé de façon arbitraire par nos soins.

## **1. Axe 1 : Intégration des nouveaux arrivants.**

### Point de vigilance identifié :

Ce premier axe a été pensé au regard des propos tenus par nos interviewées, qui ont toutes trois plus ou moins explicitement mis en avant l'idée que la confiance est une donnée essentielle dans la construction de relations sereines et apaisées entre collègues. C'est d'ailleurs ce qui semble aujourd'hui cruellement manquer à Mme. E\*, entraînant ainsi l'existence d'un environnement de travail conflictuel qui la conduit à ne pouvoir compter que sur elle-seule face aux difficultés rencontrées.

Ces considérations soulignent dès lors l'importance de la dimension intégrative lorsqu'un cadre de santé est amené à rejoindre un nouveau service en tant que manager d'une équipe qu'il ne connaît pas.

### Objectif poursuivi :

Dans cette situation, l'objectif poursuivi repose sur la construction de rapports communicationnels basés sur une approche d'écoute et de dialogue, afin de favoriser l'émergence d'une confiance réciproque. Ainsi, c'est ce contexte d'ouverture à l'autre qui participerait ensuite à une plus grande mutualisation des ressources, dans une volonté d'intérêt commun si chère à Mme. E\*.

### Actions envisagées :

Pour cela, nous proposons de mettre en place, à chaque nouvelle arrivée d'un cadre de santé dans un service qui lui est encore inconnu, une sorte de pot d'accueil présidé par le cadre supérieur, et auquel l'ensemble des professionnels travaillant dans, et/ou au contact de ce service, seraient conviés (équipe de soins, cadres de santé, médecins, hiérarchie...). Cette action permettrait en effet au nouveau venu de se présenter officiellement à ses futurs collègues afin de marquer symboliquement son entrée dans l'équipe, et ainsi encourager une meilleure liaison Rapport à soi → Rapport aux autres → Rapport au réel. Le positionnement professionnel du cadre concerné n'en serait dès lors que plus pertinent et l'équilibre psychologique plus important.

A cela, nous envisageons d'y adjoindre un temps d'accompagnement à la découverte des locaux et des modalités de fonctionnement du service, dans l'objectif que le nouvel arrivant puisse rapidement établir ses repères pour un équilibre relationnel Homme-Travail encore plus stable.

## ***2. Axe 2 : Mise en place de temps officiels d'expression professionnelle entre pairs au sein de l'organisation du travail.***

### ***Point de vigilance identifié :***

C'est ici l'ensemble de notre recherche que nous avons basé sur ce second axe dans la mesure où, rappelons-le, nous avons émis comme hypothèse que l'existence, sur le lieu de travail, d'espace-temps reposant sur un partage de vécus entre collègues induit une pratique réflexive comme source de formation expérientielle. En effet, il nous est apparu que le développement d'une pratique réflexive nécessite de reposer sur des temps d'échanges oraux, en collectif, pour être véritablement pertinent, c'est-à-dire pour favoriser une prise de distance sur son vécu permettant une plus grande compréhension de celui-ci.

Puis, les entretiens menés avec nos trois cadres de santé nous ont pleinement conforter dans cette idée puisqu'elles n'ont cessé d'insister sur la place qu'occupent pour elles les échanges entre collègues, et notamment entre pairs, quant à la bonne conduite de leurs responsabilités. C'est d'ailleurs Mme. E\* qui nous en a le plus témoigné en évoquant, à son grand regret, la suppression des temps de dialogue qui existaient auparavant de façon officielle dans l'organisation du travail des cadres.

Ces témoignages de pratiques professionnelles nous amènent par conséquent à considérer toute la nécessité de rétablir cette possibilité d'expression via une démarche d'analyse de pratiques, et cela afin de permettre à chacun de pouvoir y exposer librement ses doutes et ses difficultés, en confrontant son expérience individuelle à celle de ses collègues pairs. En effet, nous estimons que ces temps offrent plusieurs avantages :

- Ils permettent d'abord d'initier et/ou de soutenir méthodologiquement l'ensemble des professionnels cadres au développement de leur capacité réflexive, et cela suivant une double volonté de professionnalisation et de bien-être au travail ;
- Ils favorisent ensuite l'existence d'espace-temps de communication qui, s'ils n'existent pas de façon informelle dans l'environnement de travail, permettent de venir rompre la solitude dans laquelle le cadre peut facilement se retrouver de part la place et le rôle qu'il occupe au sein de l'établissement ;
- Ils encouragent enfin une ouverture d'esprit propice à une plus grande adaptation, à la fois en termes de pratiques professionnelles, mais aussi plus généralement de rapport existentiel au monde, pour accepter au mieux les changements environnementaux.

### Objectif poursuivi :

Il s'agit donc ici de « former un professionnel capable de maîtriser sa propre évolution, en construisant des compétences et des savoirs nouveaux ou plus pointus, à partir de ses acquis de l'expérience » (Perrenoud, 2001, p.21) et au regard des trois pôles que sont l'auto, l'hétéro et l'éco (Pineau, 1991).

### Action envisagée :

Il est pour cela possible d'envisager l'instauration, à raison d'une fois par mois, d'un temps officiel d'expression professionnelle entre pairs, sur une durée de deux à trois heures consécutives, et dans un maximum d'environ dix participants par atelier. Cela permettrait ainsi de faire émerger et/ou de faire évoluer cet habitus réflexive chez chacun des cadres engagés dans le dispositif. Ces temps d'échanges se dérouleraient alors de préférence hors les murs de l'établissement, et feraient l'objet d'une sorte de pacte de confidentialité entre les professionnels afin que la parole y soit la moins bridée possible. De plus, l'accompagnateur en charge de la bonne conduite de ces ateliers devrait être une personne extérieure à la structure et spécialiste de cette démarche cognitive, dans l'objectif d'assurer une certaine neutralité posturale, et par conséquent, d'encourager une nouvelle fois une plus grande liberté d'expression. Il serait enfin nécessaire de veiller à ce que ce formateur-accompagnateur connaisse relativement bien le milieu de la santé pour pouvoir cerner au mieux les problématiques évoquées par les professionnels en présence.

Dès lors, nous identifions ici deux pré-requis très importants :

- D'une part, un volontariat des cadres de santé, dans la mesure où les réticences individuelles peuvent empêcher l'émergence d'une dimension de confiance qui apparaît pourtant indispensable afin de mener à bien ce genre de démarche ;
  - D'autre part, une présence systématique à l'ensemble des ateliers, afin d'encourager le développement d'un véritable habitus cognitif.
- ➔ Dans ce cadre, nous pouvons tout à fait envisager de faire signer une charte éthique à chaque participant, pour apporter une certaine dimension symbolique à leur engagement.



### ***3. Axe 3 : Développement d'une offre de formation spécifique.***

Le troisième axe vers lequel nous nous sommes ensuite orienté se compose plus particulièrement de deux sous-actions qui visent la même finalité, à savoir l'enrichissement de d'une offre de formation à destination des cadres de santé.

#### **Point de vigilance identifié :**

Aussi, le premier point de vigilance à partir duquel nous avons construit notre réflexion repose sur les critiques faites par nos interviewées quant à un certain nombre de thématiques qu'elles souhaiteraient pouvoir aborder en formation, mais qui ne leurs sont à ce jour pas proposées. Il s'agit par exemple de la gestion du stress au regard des responsabilités spécifiques qui leurs reviennent, ou encore du management d'équipe accentué sous l'angle de l'accompagnement au changement. A cette dimension vient également s'ajouter le témoignage de Mme. D\* qui reproche fortement à sa hiérarchie de faire passer ses propres besoins d'apprentissages et ceux de ses pairs après ses autres professionnels.

Ces éléments nous conduisent dès lors à vouloir proposer une offre de formation spécifique aux cadres de santé dans la mesure où, en tant que managers de proximités, ces derniers sont amenés à rencontrer des problématiques qui leurs sont propres.

#### **Objectif poursuivi :**

Est donc ici visée l'accroissement de leurs possibilités à acquérir de nouvelles connaissances et compétences au regard de l'évolution de la FPH, et plus généralement du système de santé. Cela leur permettrait ainsi de développer une plus grande compréhension des problématiques et des enjeux actuellement à l'œuvre dans ce secteur, tout en continuant à s'enrichir personnellement tout au long de leur vie.

#### **Action envisagée :**

Nous prévoyons, pour ce faire, de proposer un certain nombre de formations courtes, établies en partenariat avec l'OPCA de la FPH et/ou tout autre organisme de formation, sur :

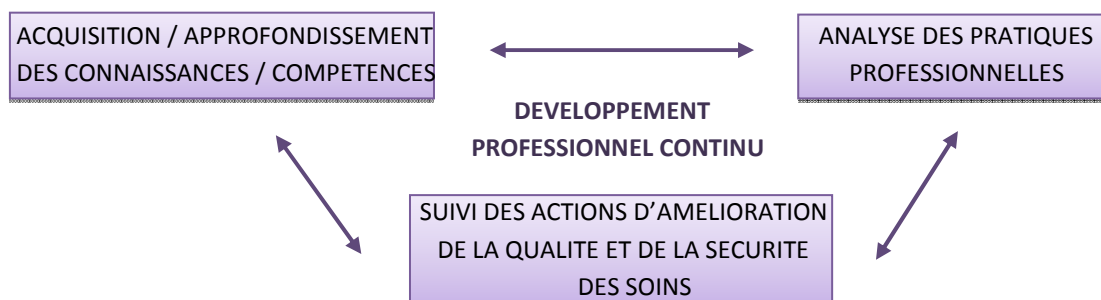
- Le management participatif et intergénérationnel ;
- La communication ;
- La sensibilisation aux RPS ;
- La gestion du stress et des situations paradoxales ;
- L'accompagnement au changement...

Il est en outre possible d'envisager ces stages sous une forme modulaire et/ou sous un programme dit DPC.

### Qu'est-ce que le DPC ?

Depuis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 (loi n°2009-879), le Développement Professionnel Continu (DPC) se présente comme un nouveau dispositif de formation poursuivant un enjeu global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Egalement qualifié de programme, le DPC se compose ainsi de **trois parties associées** les unes aux autres. **La première** dite cognitive porte sur **l'acquisition et/ou l'approfondissement de connaissances et/ou de compétences**. Elle est adjoint d'une **seconde** partie nommée **Analyse de Pratiques Professionnelles**, ou APP, pouvant s'envisager comme « **une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles, selon des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé** » et suivant « un processus en quatre étapes : dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on a dit, vérifier ce que l'on a fait [et] faire mieux. » (ANFH, 2013, p.5)<sup>1</sup>. Enfin, **la troisième** partie consiste en **la mise en place d'un suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**. L'ensemble a ainsi été schématisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme il s'en suit :



Ce programme doit par ailleurs répondre à trois grands critères : correspondre à une orientation nationale définie par le Ministère de la Santé et déclinée au niveau régional par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ; comporter des méthodes et/ou des modalités ayant été validées par la HAS ; et enfin être mis en œuvre par un organisme reconnu et enregistré en tant qu'organisme de développement professionnel continu, dit ODP.

Les objectifs poursuivis par la mise en place du DPC dans le secteur de la santé reposent ainsi à la fois sur « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.* » (art. 59 de la loi n°2009-879). Il permet en outre une mutualisation des pratiques et ce, quel que soit la fonction ou le statut occupé, et favorise un décloisonnement entre chacun des professionnels de santé.

Il est enfin à noter que le DPC, en tant que dispositif de formation, apparaît depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 comme une obligation individuelle et annuelle pour un grand nombre de praticiens de santé paramédicaux (les filières infirmières, médico-techniques, de l'appareillage et de la rééducation) et médicaux (la filière médicale, y compris les sages-femmes), que ceux-ci exercent leurs activités au sein d'un établissement public ou privé, sanitaire, social ou médico-social. **La seule exception concerne les cadres de santé qui n'ont à ce jour aucune obligation de se former par ce biais.**

<sup>1</sup> Document distribué aux établissements adhérents à l'OPCA.

En effet, même si à ce jour, se former via le DPC n'est pas encore une obligation pour les cadres de santé, il nous apparaît pertinent que ces derniers puissent assister le plus possible à ces programmes car ils permettent non seulement de leur apporter les connaissances nécessaires à la bonne conduite de leurs responsabilités, mais aussi d'encourager des temps d'échanges et d'analyses de pratiques que nous défendons dans l'axe 2 de ce dispositif.

### 2<sup>nd</sup> Point de vigilance identifié :

Par ailleurs, la narration tenue par Mme. B\* nous a permis de prendre conscience des bienfaits d'une collaboration IFCS-Université, au sens où cette cadre nous explique qu'elle lui a donné l'opportunité de découvrir une nouvelle posture pédagogique, tout en s'ouvrant à d'autres domaines d'activités que celui de la santé.

Ce sont ainsi ces déclarations qui nous poussent à vouloir également proposer, en parallèle de nos stages à courte durée, une offre de formation diplômante en partenariat étroit avec une ou plusieurs Université(s).

### Objectif poursuivi :

Dans ce cadre, les objectifs poursuivis sont les mêmes qu'évoqués ci-dessus.

### Action envisagée :

Quant à l'action que nous souhaitons plus spécifiquement développer, elle consisterait à permettre à un maximum de huit cadres de santé par an de partir en formation et ce, pour sortir diplômé d'un Master 1 ou Master 2 dans le domaine des sciences humaines et/ou du management.

Pour ce faire, plusieurs pré-requis nous semblent alors nécessaires :

- L'élaboration d'un partenariat effectif entre l'Université et l'établissement de santé porteur du projet, dans l'objectif que les cadres puissent être prioritaires en termes d'inscriptions au sein de ces formations diplômantes.
- L'élaboration d'un partenariat entre l'OPCA de la FPH et l'établissement de santé porteur du projet, dans l'objectif, cette fois-ci, que l'ensemble des frais pédagogiques, et éventuelle de ceux d'hébergements, de déplacements et de transports soient pris en charge par l'OPCA.
- Et enfin, le volontariat des cadres de santé, dans l'objectif que cette formation corresponde pleinement à leurs projets professionnels et/ou personnels.

#### **4. Axe 4 : Création de « passerelles mobilités » dans une perspective d'évolution professionnelle.**

##### Point de vigilance identifié :

Le quatrième axe a enfin été pensé à partir de l'un des facteurs d'influences de bien-être au travail que nos cadres de santé ont plus ou moins mis en avant lors de leurs entretiens. Il s'agit plus particulièrement de la mobilité, non pas verticale mais horizontale, dans la mesure où, comme nous l'avons vu, une souffrance psychologique peut parfois provenir d'un environnement relationnel difficile, d'une impression d'avoir *fait le tour* et de ne plus rien apprendre de son poste actuel, ou encore d'un conflit de valeurs qui serait peut-être moindre au regard d'un autre fonctionnement.

C'est pourquoi nous estimons important d'inclure une action centrée sur le développement d'une plus grande possibilité, pour les cadres de santé, à effectuer cette mobilité horizontale au regard de l'axe 3 qui s'oriente davantage vers une mobilité verticale.

##### Objectif poursuivi :

L'objectif est alors de favoriser une diversité d'expériences et de pratiques afin que les cadres de santé puissent continuer à s'enrichir professionnellement tout au long de leur carrière et que cela leur permette de retrouver, lorsqu'un mal-être existe, l'appétence pour leur métier au contact d'un nouvel environnement de travail.

##### Action envisagée :

Nous visons pour cela la mise en place de « passerelles mobilités » qui permettraient plus rapidement aux cadres de changer de service ou de devenir formateur, en fonction de leurs volontés.

Toutefois, il nous semble ici extrêmement important de veiller à s'assurer au préalable, avec le Centre Hospitalier, qu'il existe bien des possibilités concrètes de mobilités avant d'annoncer officiellement cet axe aux professionnels concernés. En effet, si aucune mutation ou permutation n'est envisageable, l'évocation de ce projet d'action ne créerait que des espoirs qui ne pourraient être assouvis, et qui produiraient donc une certaine frustration comme source de souffrance psychologique. C'est dans l'objectif d'éviter cette situation que nous estimons alors plus prudent de s'attacher d'abord à recenser les différentes possibilités de mobilités, pour relever ensuite, et seulement si ces dernières existent, les demandes en la matière auprès des cadres de santé.

## **CHAPITRE 10 – PERIODE DE TRANSITION ET EVOLUTION VERS UNE NOUVELLE POSTURE : DE L'ETUDIANT AU PROFESSIONNEL DE LA FORMATION.**

*« Les transitions sont avant tout à envisager comme des phases de reconstruction active des valeurs et des normes fondant la reconnaissance et la valorisation de soi et d'autrui. »*

(Dupuy et Le Blanc, 2001, p.68).

Rappelons que ce mémoire s'inscrit dans notre dernière année d'étude après tout juste vingt-et-un ans passés sur les bancs de l'Ecole. Il serait par conséquent mensongé d'affirmer qu'il n'a rien représenté si ce n'est qu'un travail universitaire comme nous avons déjà eu l'occasion d'en réaliser.

En effet, il s'est agi de bien plus. D'abord, parce que nous y avons investi de notre temps et de notre énergie, en nous impliquant intellectuellement et émotionnellement au regard d'une problématique qui nous importe beaucoup. Mais aussi parce que cet écrit a marqué la fin de tout un pan de notre vie pour mieux nous en faire découvrir un nouveau, celui du monde professionnel. Dès lors, il nous a semblé tout à fait inconcevable de ne pas conclure par un court chapitre visant à faire le lien entre notre parcours passé et nos projets futurs. Cela relevait en outre pour nous d'un profond besoin de pouvoir mettre en mots ce que nous avons récemment vécu afin de donner toute sa perspective à notre recherche.

L'heure est donc à présent au bilan mais avec le regard déjà tourné vers l'avenir.

### ***1. Un mémoire de recherche venant s'inscrire à la fin d'un parcours d'études initiales.***

C'est dans une continuité logique au Master 1 que nous avons rejoint en septembre dernier la promotion 2014 du Master 2 SIFA en tant qu'étudiante en formation initiale. Nous étions ainsi prévenus que cette nouvelle année universitaire allait être très intense, mais nous ne l'imaginions pas à ce point. En effet, à la charge de travail qui nous était initialement demandée est venue s'en ajouter une seconde, d'ordre émotionnelle, que nous n'avions pas prévu. Cette dernière s'est d'abord faite discrète, puis n'a cessé d'augmenter jusqu'à devenir extrêmement prégnante. Est-ce alors une simple coïncidence d'avoir justement retenu pour thématique de mémoire la santé psychologique au travail alors que nous n'avons jamais autant été concerné par celle-ci jusqu'à présent ? Un rapide retour réflexif sur notre vécu au sein de ce Master nous fait aujourd'hui penser que non.

Aussi, sans vouloir remonter trop loin dans notre parcours, mentionnons simplement que c'est suite à l'évolution de notre projet professionnel que nous nous sommes réorientés vers les Sciences de l'Education et de la Formation, après une Licence en Lettres Modernes et une première année à l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM). Dès lors, nous ne pensions absolument pas nous engager pour un véritable voyage au sein duquel nous allions à ce point grandir en seulement deux ans.

C'est en effet avec un grand étonnement que nous avons appris à penser par nous-mêmes en tant qu'acteur, auteur et sujet de notre vie, dans un rapport de producteur et non plus de consommateur de savoirs. A cette première découverte s'en est également adjointe une seconde : celle de l'alternance. Celle-ci s'est alors présentée pour nous comme une véritable richesse d'apprentissage dans la mesure où, favorisant la confrontation à de multiples temps, lieux, acteurs et activités, elle nous a non seulement permis d'apprendre à lier différents systèmes de penser et d'agir, mais aussi à identifier nos valeurs au contact de personnes et de parcours très variés. C'est par conséquent en douceur que nous avons pu nous acclimater au monde du travail, en y acquérant de premières expériences significatives tout en développant notre pratique réflexive.

Expérience... Pratique réflexive... Ces termes semblent tourner en boucle dans notre esprit comme une véritable obsession. Il est vrai que ces approches formatives occupent aujourd'hui plus que jamais une place centrale dans notre vie professionnelle, et plus généralement personnelle. En témoigne ce mémoire ! D'ailleurs nous considérons qu'elles y sont pour beaucoup dans ce que nous sommes devenus.

Or nous entendons déjà poindre quelques remarques à l'évocation de ces derniers propos : comment de simples notions pourraient-elles en effet exercer une quelconque action ? A ce questionnement, nous y répond d'abord d'un point de vue biologique en rappelant que la vie ne se limite pas à sa seule forme humaine. De plus, et bien que la chose paraisse évidente, nous ne sommes pas seuls sur Terre. Ainsi, la moindre de nos actions implique presque toujours un rapport à l'altérité que nous ne pouvons maîtriser dans sa totalité. Dès lors, c'est en évoluant en permanence que notre environnement nous pousse à vivre de nouvelles situations sur lesquelles il nous semble important de mener une réflexion afin de pouvoir mieux les comprendre, et ainsi les dépasser. Ce n'est tout du moins ici que notre avis personnel pour l'avoir encore récemment éprouvé.

En effet, la réalisation de ce mémoire nous a conduits à mener une véritable démarche de pratique réflexive, tant au regard du sujet de ce dernier que de la situation de vie dans laquelle nous nous trouvions lors de sa réalisation.

Ainsi, nous avons bien ressenti qu'un certain nombre de changements psychologiques étaient à l'œuvre chez nous depuis le début de notre entrée en Master 1, mais nous ne parvenions pas à les identifier clairement. Ce n'est par la suite qu'au regard de nos lectures théoriques et de nos différents temps d'écritures que nous avons progressivement réussi à leur donner un nom, et par conséquent un sens. Reprenons dès lors la définition de la transition donnée par la psychosociologie :

« des changements d'ordres majeurs [...], qui se produisent dans un laps de temps relativement court, qui ont des effets durables et qui affectent de manière déterminante les différentes sphères de la vie des sujets concernés »<sup>29</sup>.

Si nous effectuons un parallèle entre celle-ci et ce que nous avons vécu depuis ces deux dernières années, il semble par conséquent que nous nous trouvions dans une période de transition majeure. En effet, ce Master est venu s'inscrire entre un avant, à savoir notre scolarité avec notre enfance, notre adolescence ainsi que notre vie étudiante ; et un après relevant de notre future profession et de la vie d'adulte qui l'accompagne. De plus, il s'est déployé sur un laps de temps relativement court au regard de l'ensemble de notre existence. Enfin, les changements qu'il a engagé étaient pour nous considérables puisque ceux-ci reposaient sur notre primo-intégration, dit aussi le *moving-in* qui, faisant appel à un certain nombre de mécanismes psychosociaux, conditionne plus ou moins l'ensemble des transitions de vie futures. Nous nous situons donc en réalité sur le chemin relativement instable qui relie la *planète Ecole* à celle du *Travail* (Riverin-Siemard cité dans Linqier, 2003), en impliquant à la fois une nostalgie du connu et une inquiétude de l'inconnu.

Dans ce cadre, l'enjeu majeur matérialisé par ce mémoire n'était autre que notre insertion socioprofessionnelle au regard d'une véritable reconfiguration de l'ensemble de notre parcours de vie.

---

<sup>29</sup> Définition donnée par l'une de nos formatrices lors d'un cours portant sur les transitions de vie chez l'adulte.

## 2. Une réflexion portée par un enjeu sous-jacent d'insertion professionnelle.

Il ne sert à rien de le cacher, cette dernière année d'étude s'est révélée pour nous extrêmement riche en émotions. En effet, l'évolution de notre posture d'étudiante vers celle de jeune professionnelle nous a conduits à repenser l'ensemble de nos repères existentiels en seulement quelques mois. Il semble par conséquent assez logique que la réalisation de ce mémoire se soit accompagnée de profonds moments de doutes et d'angoisses, d'abord parce que c'est le quotidien du chercheur, mais surtout parce que nous vivions personnellement une période de désorientation intense. C'est toutefois en termes de soutien que nous avons envisagé cette recherche, au sens où elle nous a permis d'en apprendre davantage sur nous en abordant un concept au cœur de nos préoccupations : le travail. Aussi, nous avons toujours considéré entretenir des relations particulières avec celui-ci, mais il est vrai que notre année en Master 2 nous en a fait prendre encore plus conscience.

Pour justifier ce point de vue, évoquons d'abord notre scolarité qui semble avoir été une relative *réussite* si nous considérons que celle-ci ne dépend que des notes obtenues. En effet, nous avons toujours fait partie des premiers de la classe, préférant l'Allemand à l'Anglais et le latin aux cours optionnels de sport. Pourtant, nous n'étions pas vraiment une acharnée du travail dans la mesure où tout se faisait naturellement, avec aisance. Puis les choses ont progressivement évoluées à partir du lycée, et surtout de notre année de Terminale au court de laquelle nous avons dû apprendre à travailler pour maintenir le niveau d'exigence que nous nous étions fixés. Ainsi d'abord les soirs ... puis les weekends... avec l'impression, à terme, de ne faire plus que cela.

Dès lors, il se révèle aujourd'hui pour nous extrêmement difficile de concevoir une quelconque activité universitaire ou professionnelle coupée de toute notion d'effort, de contrainte, voir-même de souffrance. Cela peut en conséquence paraître dramatique pour quelqu'un âgée de tout juste vingt-trois ans. En tout état de cause, nous le pensons et c'est probablement pour cette raison que nous avons privilégié un sujet de mémoire guidé par une recherche d'épanouissement personnel. Néanmoins, précisons que ce n'est qu'une fois la rédaction de ce dernier bien avancée que nous en avons pris conscience. Aussi, à cette première compréhension s'en est ensuite adjointe une seconde liée directement à notre personnalité, et plus spécifiquement à notre perfectionnisme dont nous savons aujourd'hui qu'il joue un rôle essentiel dans notre rapport au travail. En effet, c'est à partir des interprétations d'entretiens que nous avons perçu à quel point notre volonté de toujours faire au mieux pouvait nous exposer aux risques psychosociaux du fait que nous parvenons



difficilement à séparer l'intellectuel de l'émotionnel. De plus, la situation de primo-intégration que nous vivions il y a peu n'a fait que renforcer cette difficulté dans la mesure où nous recherchions plus que jamais à vouloir faire nos preuves.

Si nous avons donc un seul enseignement à tirer de cette recherche, il s'agirait de celui-ci : **veiller à ne pas trop nous investir émotionnellement au cours de notre future carrière, afin de limiter de potentielles déceptions envisagées comme source de souffrances psychologiques.**

Toutefois, soulignons le fait que notre sujet de mémoire n'a pas été uniquement orienté par notre parcours expérientiel. C'est en effet également un peu par stratégie que nous avons choisi d'aborder la qualité de vie au travail chez les cadres de santé, en y voyant deux grandes intérêts : d'une part, celui de pouvoir mener de front notre projet de recherche et notre projet de stage afin non seulement d'optimiser notre temps, mais surtout de gagner en pertinence quant à notre pratique professionnelle ; et d'autre part, celui de favoriser notre insertion prochaine dans le monde du travail en participant activement à la construction de notre légitimité en tant que jeune diplômée du domaine de la formation.

Aussi, alors que nous avons déjà eu l'occasion d'aborder notre mission de stage lors du préambule de ce mémoire, notre projet professionnel est resté quant à lui sous silence. Il nous semble par conséquent opportun de s'attacher à le présenter dans cette troisième partie.

Indiquons dans ce cadre que notre première volonté (qui n'était d'ailleurs au départ pas la nôtre mais celle de nos parents) consistait d'abord à être diplômée d'un niveau Master 2 mais cependant, pas n'importe lequel. En effet, nous avons toujours mis un point d'honneur à choisir pleinement notre orientation scolaire et professionnelle au regard de nos désirs. Ainsi, c'est par appétence pour les belles lettres et la lecture que nous avons obtenu un baccalauréat littéraire puis une Licence en Lettres Modernes, malgré plusieurs avis contraires exprimés par nos professeurs de l'époque. De même, c'est par envie d'accompagner les adolescents et les adultes dans leurs projets de vie que nous nous sommes ensuite orienté vers l'IUFM avant de rejoindre finalement le Master des Sciences de l'Education et de la Formation. Etant dès lors parvenue à la fin de nos études, nous souhaitons aujourd'hui pouvoir exercer dans le domaine de la stratégie et/ou de l'ingénierie de la formation, avec une préférence pour un poste qui nous permette de nous épanouir au regard de nombreuses responsabilités, dont le management d'équipe. C'est pourquoi nous avons également vu à travers la réalisation de ce mémoire la

possibilité d'asseoir un peu plus notre légitimité quant à cette fonction professionnelle qui se présente comme un axe majeur dans la lutte contre les RPS.

Enfin, il nous ait apparu, d'un point de vue plus secondaire, que travailler sur une problématique actuellement très prégnante pouvait nous ouvrir davantage de portes en termes d'emplois, à la sortie de nos études.

## CONCLUSION GENERALE.

Afin de conclure l'ensemble de ce travail de recherche, indiquons tout d'abord que celui-ci nous a permis de développer un peu plus encore une rigueur méthodologique éprouvée pour la première fois l'an passé, lors de la réalisation de notre mémoire en Master 1. C'est par conséquent avec plus d'aisance que nous sommes parvenus à mener cette nouvelle réflexion au regard d'une thématique pour laquelle nous portons un intérêt croissant : celle de la qualité de vie au travail chez les cadres de santé.

En effet, nous avons pu prendre conscience à quel point la santé de ces professionnels se présente aujourd'hui comme une préoccupation majeure dans la mesure où, occupant une place de managers intermédiaires, ils se retrouvent en première ligne pour assurer l'efficacité de leur établissement tout en veillant à garantir le bien-être des soignants. C'est donc en grande partie sur leurs épaules que reposent les performances économiques, sociales, et voir même environnementales de notre système de soins actuel.

Comment imaginer alors que les cadres de santé puissent répondre au mieux à ces très lourdes responsabilités s'ils ne se tiennent pas eux-mêmes dans les meilleures conditions psychologiques possibles pour exercer leur métier ?

Dans cette situation, l'étude que nous avons menée nous a offert la possibilité de mettre en avant le rôle déterminant de l'environnement sur l'épanouissement individuel de ces managers. Ainsi, c'est par le biais d'un triple rapport à soi, aux autres et au réel que chacun d'eux parvient plus ou moins favorablement à établir des relations équilibrées avec le monde qui l'entoure. Pour ce faire, la fonction sociale du travail apparaît absolument centrale au sens où elle repose sur une dimension de communication indispensable aux Hommes pour éprouver pleinement leur humanité. C'est dès lors en s'attachant à *cultiver* l'échange et le dialogue entre collègues que les cadres réussissent à dépasser leurs difficultés quotidiennes en trouvant des solutions à travers le collectif. A cela s'ajoute également l'idée que cette dimension orale favorise une importante prise de recul comme facteur de mutation d'un vécu en expérience formatrice.

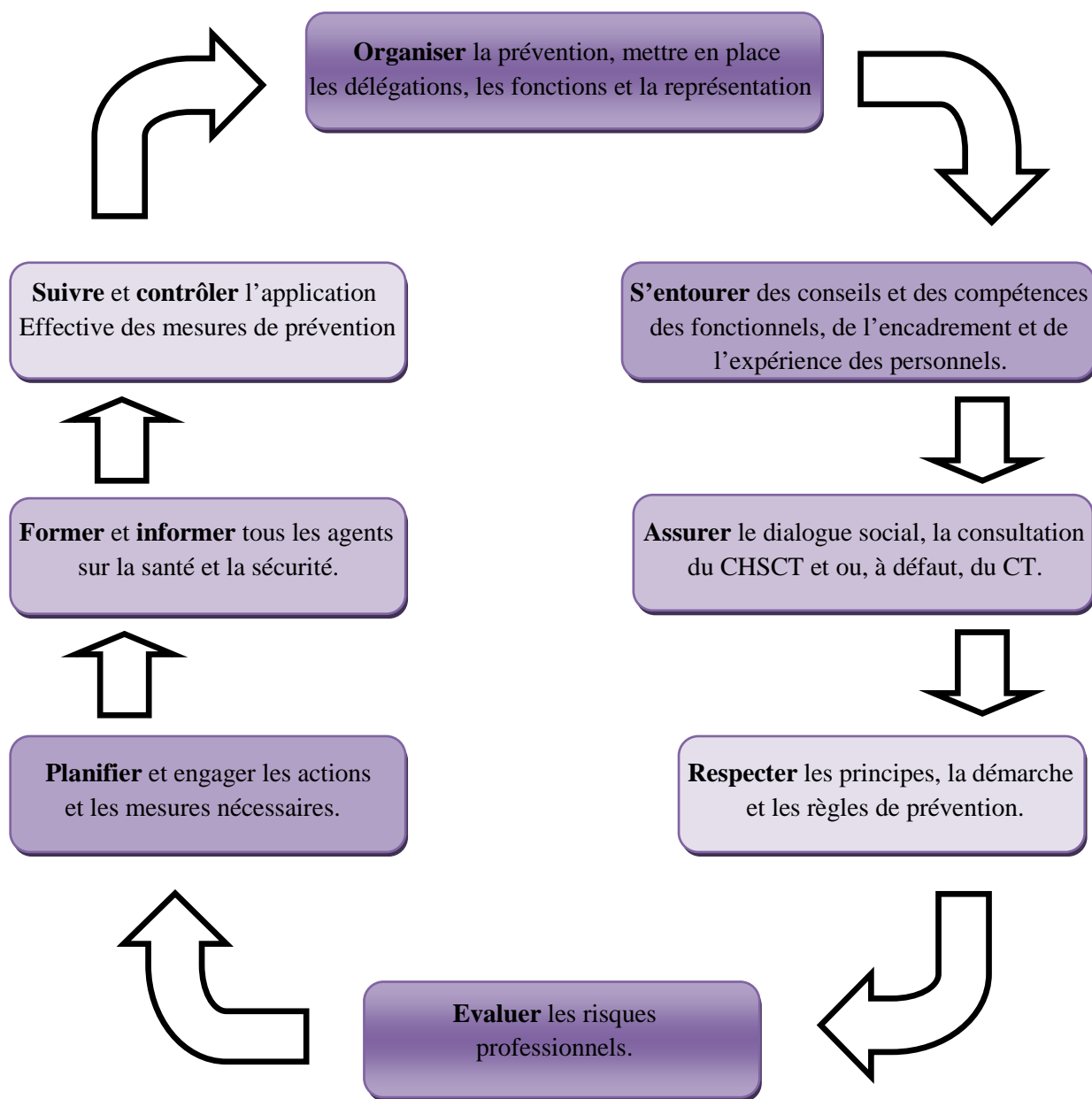
Par conséquent, cette démarche réflexive conduit les cadres de santé à accroître leurs connaissances, non seulement sur leur environnement de travail, mais aussi sur eux-mêmes, pour parvenir ainsi à une plus grande assise professionnelle.

## ANNEXES

---

1. Schéma illustrant les différentes étapes qu'implique un management de la santé et de la sécurité au travail.
2. Schéma relatif aux différents acteurs en matière de prévention de la santé au travail dans les établissements publics de santé.
3. Schéma présentant la composition de l'ARS.
4. Programme de formation des Cadres de Santé établi par le décret du 18 août 1995.
5. Transcription d'entretien avec le Pr. C\*.
6. Grille d'entretien exploratoire avec le Pr. C\*.
7. Grille d'entretien exploratoire avec Mme. A\*.
8. Transcription d'entretien avec Mme. A\*.
9. Grille d'entretien finale.
10. Transcription d'entretien n°1 avec Mme. B\*.
11. Transcription d'entretien n°2 avec Mme. D\*.
12. Transcription d'entretien n°3 avec Mme. E\*.
13. Tableau d'analyse individuelle n°1 – Mme. B\*.
14. Tableau d'analyse individuelle n°2 – Mme. D\*.
15. Tableau d'analyse individuelle n°3 – Mme. E\*.
16. Tableau d'analyse croisée.
17. Schématisation du protocole de recherche-action.

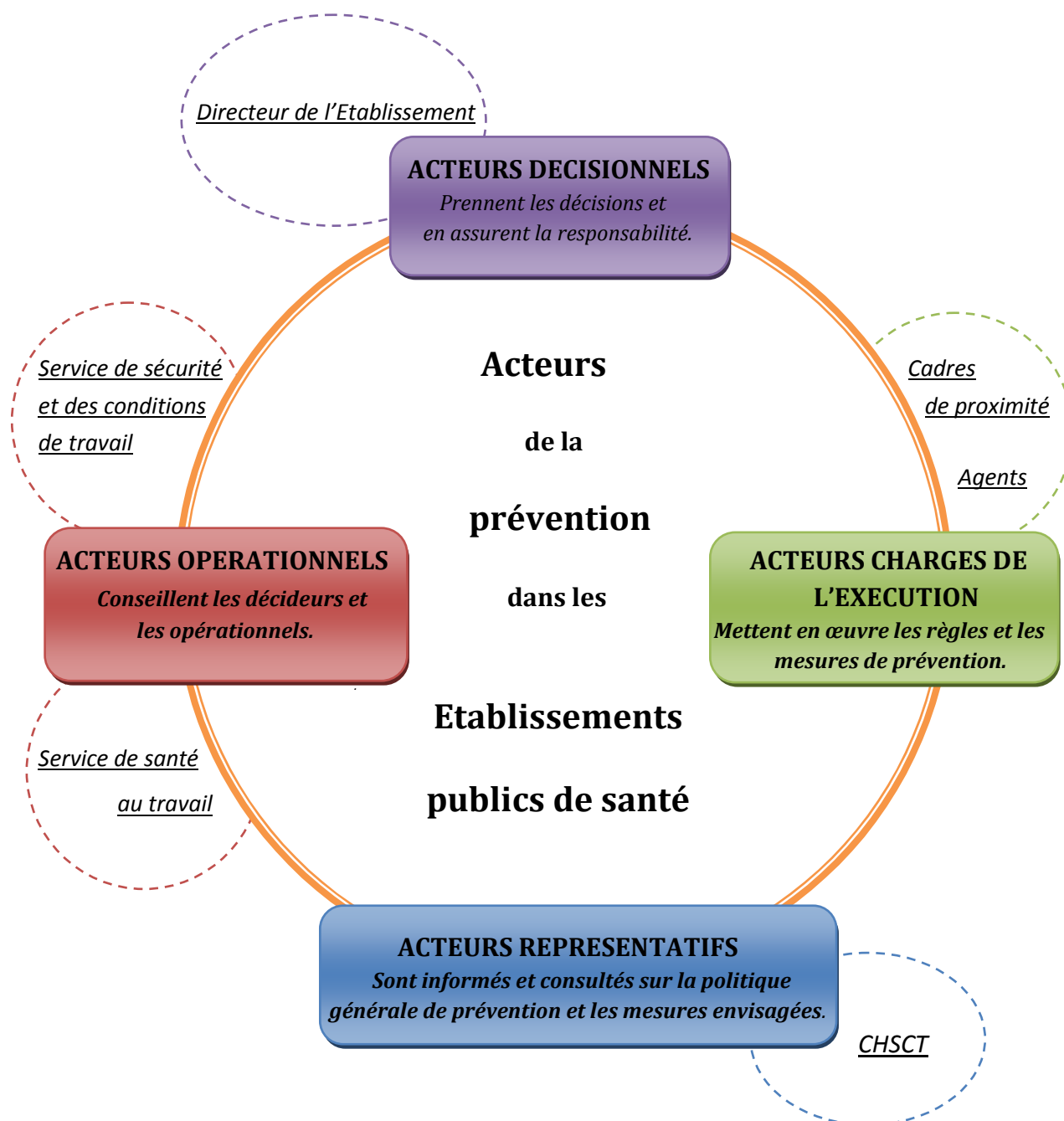
## Les différentes étapes d'un management de la santé et de la sécurité au travail.



### MANAGER LA SANTE ET LA SECURITE

Schéma inspiré de celui présenté par le Fond National de Prévention  
 Dans *Droit applicable à la prévention dans la Fonction Publique Hospitalière*, p.64.

## Les acteurs en matière de prévention de la santé au travail dans les établissements publics de santé : vue d'ensemble.



## Schéma présentant la composition de l'ARS

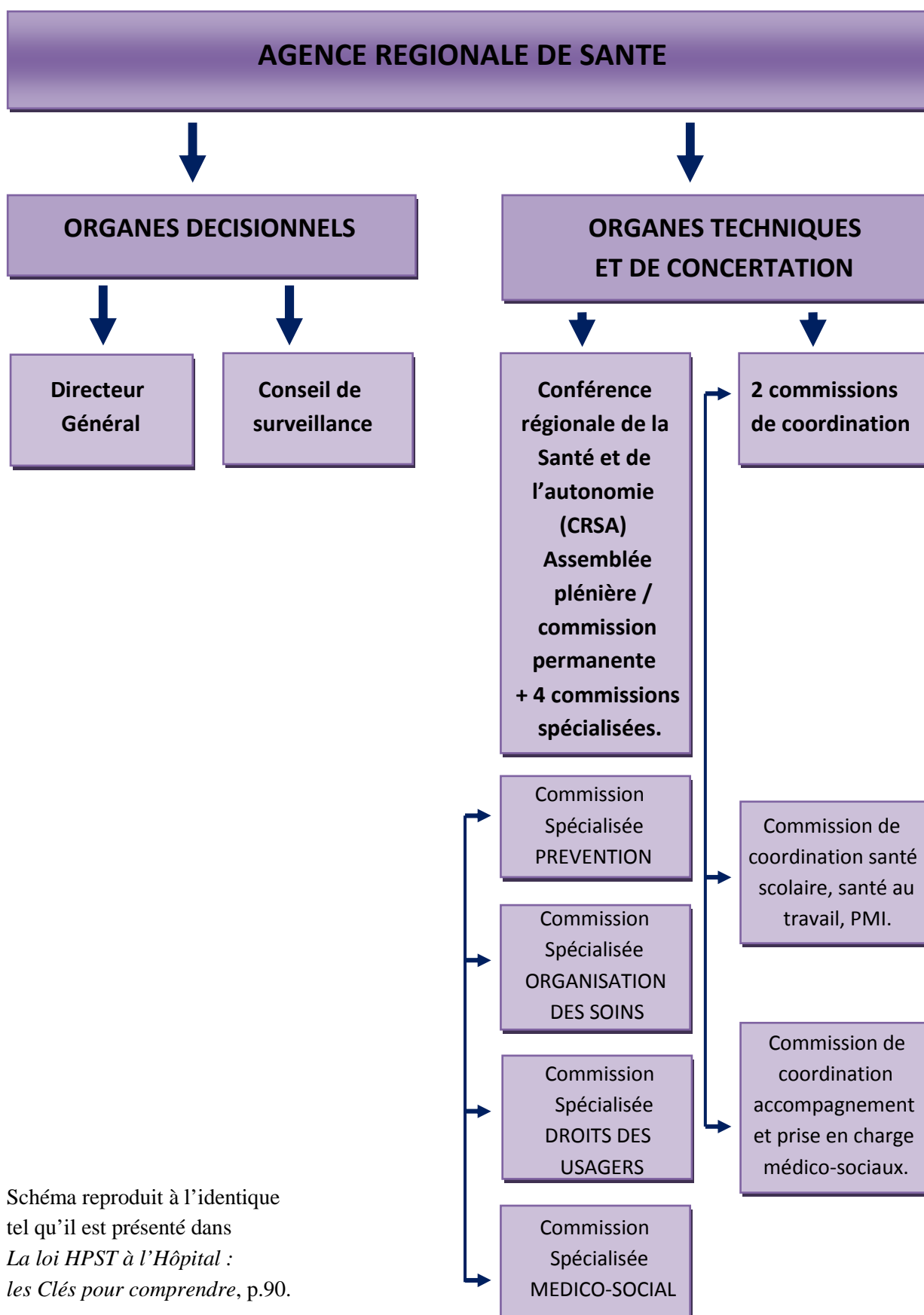


Schéma reproduit à l'identique  
tel qu'il est présenté dans  
*La loi HPST à l'Hôpital :*  
*les Clés pour comprendre*, p.90.

**PROGRAMME DE LA FORMATION**  
(Décret n° 95-926 du 18 août 1995)

**Annexe I**

Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants.

C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles.

La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles.

La formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel. Ainsi l'objectif de déclassement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.

La formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Elle les prépare à assumer pleinement ces dernières dans l'exercice de leurs futures fonctions, notamment par l'étude des outils techniques et d'évaluation propres à chaque filière professionnelle.

Dans le respect du programme institué, elle est organisée et dispensée en fonction des besoins des candidats et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. Le travail personnel de recherche et de documentation et le travail de groupe seront notamment utilisés au maximum afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité des étudiants. Les stages devront leur permettre un apprentissage pratique et approfondi de leurs fonctions de cadre par une application concrète et un transfert à leur domaine d'exercice professionnel.

La formation est dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil.

La formation se compose de 6 modules. L'alternative prévue aux modules 4 et 5 doit, dans le cadre du projet pédagogique de l'institut, garantir une stricte égalité des durées respectives de formation théorique et de stages entre les deux modules considérés.

**Module 1 : Initiation à la fonction de cadre :**

Trois semaines d'enseignement théorique,  
Trois semaines de stage hors secteur sanitaire.

**Module 2 : Santé publique :**

Trois semaines d'enseignement théorique.

**Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche :**

Trois semaines d'enseignement théorique.

**Module 4 : Fonction d'encadrement :**

Cinq semaines d'enseignement théorique,  
Quatre semaines de stage en établissement sanitaire ou social,  
ou six semaines d'enseignement théorique,  
Trois semaines de stage en établissement sanitaire ou social.

**Module 5 : Fonction de formation :**

Cinq semaines d'enseignement théorique,  
Quatre semaines de stage en établissement de formation  
sanitaire ou social,  
ou six semaines d'enseignement théorique,  
Trois semaines de stage en établissement de formation  
sanitaire ou social.

**Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels :**

Cinq semaines d'enseignement théorique réparties de la façon suivante :

- soit cinq semaines d'approfondissement du module 4 ;
- soit cinq semaines d'approfondissement du module 5 ;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 4 et deux semaines d'approfondissement du module 2 ;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 5 et deux semaines d'approfondissement du module 2 ;

Quatre semaines de stage soit en établissement sanitaire ou social, soit en établissement de formation, soit en structure de santé publique.

Soit :

Enseignement théorique	24 semaines ou 26 semaines	
Stages	15 semaines ou 13 semaines	
Travail personnel, de recherche		
Et de documentation	2 semaines	2 semaines
Congés	1 semaine	1 semaine

---

<b>Total</b>	<b>42 semaines</b>	<b>42 semaines</b>
--------------	--------------------	--------------------



## FORMATION THÉORIQUE

### MODULE 1

#### Initiation à la fonction de cadre

(90 heures)

##### Objectifs

Définir et comprendre en début de formation le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires. Identifier le rôle et les missions du cadre et découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises. Développer ses aptitudes à communiquer efficacement. Appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision. Adapter et enrichir son projet professionnel.

##### I. - Notions de psychologie :

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ;

La psychologie des groupes et des individus ;

La psychologie dans le travail.

##### II. - Notions de sociologie :

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ;

La sociologie des groupes et des organisations ;

La sociologie du travail.

##### III. - Notions de communication :

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux ;

Les outils de la communication ;

Les outils et la gestion de l'information.

##### IV. - Notions générales d'économie et de finances publiques :

Les concepts et notions de base de l'économie ;

Les agents économiques et la comptabilité nationale ;

Les instruments de la politique économique ;

Les finances publiques.

##### V. - Notions générales de droit :

Les sources du droit ;

Le droit constitutionnel et le droit administratif ;

Le droit civil et le droit du travail ;

Le droit communautaire ;

Les responsabilités juridiques.

##### VI. - La fonction de cadre :

L'histoire et l'évolution de la fonction ;

Le cadre et la fonction d'encadrement ;

Les missions, fonctions et rôles de l'encadrement.

### MODULE 2

#### Santé publique

(90 heures)

##### Objectifs

Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Être capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

##### I. - Données générales :

##### a) Les concepts et principes de santé publique :

- définitions et représentations sociales ;

- identification des besoins de santé ;

- santé des populations.

##### b) Les démarches de santé publique :

- prévention, promotion et éducation pour la santé ;

- hygiène de l'environnement ;

- soins de santé primaires et communautaires.

##### c) Les indicateurs de santé publique :

- données démographiques et épidémiologiques ;

- codification et nomenclature des activités ;

- évaluations des prestations.

##### d) Les grands problèmes actuels de santé publique.

##### II. - La politique de santé publique et ses moyens :

##### a) La protection sociale et la solidarité :

- risques et régimes ;

- structures de recouvrement et de prestations ;

- aide sociale et action sociale.

##### b) Les organismes de santé publique.

##### c) L'organisation sanitaire et sociale :

- structures de l'État et structures territoriales ;

- institutions sanitaires et sociales ;

- exercice libéral.

##### d) L'évaluation des politiques de santé publique.

### MODULE 3

#### Analyse des pratiques et initiation à la recherche

(90 heures)

##### Objectifs

Appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Être capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Être capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Être capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

##### I. - Définition et références théoriques :

- l'épistémologie ;

- les objets et champs de l'analyse des pratiques ;

- les types et niveaux de recherches.

##### II. - Méthodologie d'analyse des pratiques :

- les démarches cliniques ;

- la dimension culturelle des pratiques ;

- les modes de transmission des savoirs ;

- l'analyse méthodologique des pratiques.

##### III. - Méthodologie de la recherche :

- l'investigation et la documentation ;

- l'analyse et la problématique ;

- l'élaboration et la validation d'hypothèses ;

- l'échantillonnage, le groupe test et l'expérimentation ;

- l'analyse et l'exploitation des résultats.

##### IV. - Outils d'analyse des pratiques et de la recherche :

- les enquêtes, les études de cas ;

- les outils d'information : banque de données, publications ;

- les outils de recueil : questionnaires, interviews, entretiens, sondages ;

- les outils de traitement : analyse de contenu, statistiques.

##### V. - Bases théoriques et cliniques de l'analyse des pratiques

professionnelles et de la recherche appliquée :

- les techniques et technologies professionnelles ;

- les domaines, disciplines et champs professionnels.

##### VI. - Analyse des pratiques, recherche et éthique :

- la législation et la réglementation ;

- le Conseil national d'éthique, la Commission nationale informatique et liberté.

**MODULE 4**  
**Fonction d'encadrement**  
**(150 ou 180 heures)**  
**Objectifs**

Déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale. Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Évaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

I. - Le cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire et social :

L'histoire des institutions et les références législatives ;

La fonction publique hospitalière, les conventions collectives du secteur sanitaire et social ;

Le droit syndical et les instances de représentation des personnels ;

Les règles d'exercice des professions de santé.

II. - Le management :

a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.

b) Les démarches, méthodes et modèles :

- analyse stratégique et conduite de projet ;

- animation d'équipe, négociation et décision, gestion des conflits, résolution de problèmes ;

- gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, évaluation et notation ;

- autorité et pouvoir, délégation et contrôle.

III. - L'organisation et les conditions de travail :

a) Les structures et leur fonctionnement :

- secteurs et services et leurs relations ;

- coopérations avec les instituts de formation.

b) L'organisation et l'amélioration des conditions de travail :

- organisation du travail dans les différents secteurs d'activité ;

- analyse des charges physiques, psychiques et mentales ;

- ergonomie.

c) L'hygiène et la sécurité :

- prévention des risques professionnels ;

- sécurité des locaux et installations ;

- comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et comité de lutte contre les infections nosocomiales.

IV. - L'organisation et l'évaluation des activités professionnelles :

a) Les procédures et les protocoles d'activités professionnelles ;

b) La planification et l'organisation des activités professionnelles ;

c) La démarche d'assurance qualité et l'évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles.

V. - L'usager et les structures de soins :

a) Les droits des patients ;

b) Les relations avec les patients, les familles, les réseaux de soins ;

c) La prévention des risques iatrogènes ;

d) Le secret médical, le secret professionnel et l'éthique.

VI. - La gestion économique et financière :

a) Le financement et le budget des établissements ;

- ressources, tutelles et procédures ;

- comptabilité hospitalière, budgets de service.

b) La gestion économique :

- équipements, locaux ;

- stocks, consommables et petit matériel.

c) Les outils de gestion et de contrôle :

- centres de responsabilité ;

- tableaux de bord, outils de gestion médicalisée ;

- informatique, archivage des informations.

**MODULE 5**  
**Fonction de formation**  
**(150 ou 180 heures)**  
**Objectifs**

Maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en œuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Évaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

I. - Le cadre législatif et réglementaire de la formation :

L'histoire des institutions et les références législatives ;

La réglementation dans la fonction publique hospitalière et dans le secteur sanitaire et social privé.

II. - La pédagogie :

a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.

b) Les démarches, méthodes et modèles :

- projets, stratégies et modalités pédagogiques ;

- contenus et référentiels de formation ;

- méthodes et méthodologie d'évaluation ;

- exposé, analyse et synthèse, commentaire ;

- travaux de groupe, travaux dirigés.

c) Les outils et supports pédagogiques :

- fonds et recherche documentaires ;

- aides et supports audiovisuels et informatiques.

d) Les facteurs de mise en œuvre de la formation :

- potentialités, aptitudes et capacités ;

- relation formateur - étudiants, besoins et motivations ;

- rôle du formateur, pédagogie adaptée à l'adulte.

III. - L'organisation et les dispositifs de formation :

a) Les formations initiales et continues du secteur sanitaire et social :

- formations initiales : conditions d'accès, programmes, diplômes et certificats ;

- formations continues : typologie des actions, conditions d'accès.

b) Les structures et le fonctionnement des établissements de formation :

- écoles et instituts de formations initiales ;

- organismes et centres de formation continue ;

- relations avec les tutelles, les établissements.

IV. - L'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques :

a) Les procédures et protocoles de l'apprentissage professionnel initial et continu ;

b) La planification et l'organisation de la formation professionnelle initiale et continue ;

c) La démarche de certification et l'évaluation qualitative et quantitative de la formation professionnelle initiale et continue.

V. - L'étudiant et la formation :

a) Les droits des personnes en formation initiale et continue ;  
b) Les relations avec l'institut de formation, le lieu de stage et les patients.

VI. - La gestion de la formation :

a) La gestion et le financement des écoles et instituts de formation initiale ;

b) La gestion et le financement de la formation continue ;

c) La gestion des locaux, équipements et outils pédagogiques.

## MODULE 6

### Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels (150 heures)

Ce module doit obligatoirement être effectué en fin de formation.

Objectifs Approfondir les connaissances acquises au cours de la formation. Perfectionner les pratiques de la fonction que l'étudiant souhaite exercer, à partir de sa famille professionnelle d'origine. Actualiser les connaissances et analyser l'impact des évolutions techniques et fondamentales intervenues dans le domaine de sa filière professionnelle.

En fonction du choix du candidat, ce module sera axé sur la fonction de formation ou sur la fonction d'encadrement, avec ou sans complément en santé publique. A cet effet, les thèmes du programme des modules 1, 2, 3, 4, et 5 peuvent être partiellement répartis au sein du module 6 dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et doivent être enrichis, selon le choix du type d'approfondissement effectué par le candidat, des thèmes suivants :

Approfondissement de la fonction d'encadrement :

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles ;
- analyse des pratiques appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches d'organisation du travail appliquées aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres gestionnaires ;
- analyse et perspectives d'évolution des métiers ;
- coopérations et interactions des métiers ;
- législation et réglementation européenne de l'exercice des professions ;
- éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement de la fonction de formation :

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles ;
- analyse des pratiques pédagogiques appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches de conception pédagogique appliquées aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres formateurs ;
- analyse et perspectives d'évolution des formations ;
- coopérations et interactions des formations ;
- législation et réglementation européenne de la formation des professions ;
- éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement du module Santé publique :

- analyse des pratiques de santé publique appliquées aux filières professionnelles ;
- démarches de conception d'un programme appliqué aux filières professionnelles ;
- responsabilités et particularités des cadres de santé publique ;
- législation et réglementation européenne de santé publique ;
- références et programmes prioritaires européens et internationaux.

## STAGES

D'une durée totale de 13 ou 15 semaines, soit 130 ou 150 demi-journées, selon le projet pédagogique de l'institut, ils peuvent être effectués en continu ou en discontinu et doivent être organisés en cohérence avec les enseignements théoriques.

La planification, les modalités et la nature des stages sont déterminées dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et selon les objectifs de formation qui sont essentiellement centrés sur l'exercice de la fonction de cadre.

Les stages peuvent avoir lieu en France ou à l'étranger. L'institut s'assure de leur valeur pédagogique.



## Transcription d'entretien - Etude exploratoire –Pr. C\*

- Cet entretien s'est déroulé le jeudi 24 octobre dernier dans le bureau personnel de Pr. C\* situé sur le site du Centre Hospitalier \* à \*. Il a duré une trentaine de minutes dans une ambiance plutôt décontractée. Pr. C\* et nous-mêmes étions alors placés d'une part et d'autre du bureau, en face à face, un ordinateur et un discret micro étant posés entre nous afin d'enregistrer notre échange pour pouvoir le transcrire dans une volonté postérieure d'analyse.

1	<b>Moi</b> : Je vais tout d'abord me présenter. Donc comme je vous ai déjà dit, je suis actuellement étudiante en
2	Master 2 de Sciences de l'Education et de la Formation à l'Université de ** *. Euh dans ce cadre, j'ai un
3	mémoire de recherche à mener tout au long de cette année. Et je me suis orientée pour ce mémoire vers
4	la thématique des risques psychosociaux chez les cadres de santé précisément.
5	
6	<b>Professeur</b> : Hum.
7	
8	<b>Moi</b> : Euh... Pourquoi cette thématique... Euh... Parce que ça me permet de lier mon lieu de stage. Enfin le
9	projet que j'ai à mener sur mon lieu de stage qui est l'ANFH, la délégation en région Centre... Et puis euh,
10	personnellement j'ai eu des expériences récemment qui me donnent envie aujourd'hui d'aller approfondir
11	le domaine de la santé que je ne connais pas du tout.
12	
13	<b>Professeur</b> : D'accord.
14	
15	<b>Moi</b> : Donc euh, par rapport à cette thématique, vous m'êtes apparu un peu comme un spécialiste. [rires].
16	
17	<b>Professeur</b> : [sourire].
18	
19	<b>Moi</b> : Notamment par vos travaux de recherches et puis les formations...
20	
21	<b>Professeur</b> : ...que j'ai mises en place...
22	
23	<b>Moi</b> : ...que vous avez ouvertes à l'Université, et puis votre expérience en tant que praticien. Donc j'ai
24	plusieurs questions à vous poser.
25	
26	<b>Professeur</b> : Je vous écoute.
27	
28	<b>Moi</b> : Première partie tout d'abord vous concernant plutôt personnellement. Euh... Pouvez-vous vous
29	présenter en quelques mots. Euh... avec tous les différents postes, fonctions que vous occupez
30	aujourd'hui.
31	
32	<b>Professeur</b> : Alors je ne sais pas si je vais parler de fonctions ou plutôt d'histoire parce que en fait,
33	surtout... Je vais raconter une histoire. Donc en fait euh, actuellement moi je suis chef de pôle du servi... de
34	pôle de cancérologie – urologie du CH de ***. Et surtout pendant très longtemps j'ai été chef de service
35	de... d'abord d'hématologie et ensuite d'oncologie. Donc euh... quand on est prof en hémato, on se
36	préoccupe de soi, de la prise en charge des patients et de recherche. Et d'enseignement aussi mais enfin
37	bon, je suis passé sur le côté enseignement. Et euh... si on s'occupe de soi euh... Moi j'ai été euh, à la
38	création de ce service en 1979. Euh... y'avait deux choses qui paraissaient évidentes et qui sautaient aux
39	yeux. La première chose qui était évidente et qui sautait aux yeux c'est que tous les malades ne
40	guérissaient pas. On en guérit un peu plus maintenant qu'en 79...
41	
42	<b>Moi</b> : Hum... [acquiescement de la tête]
43	
44	<b>Professeur</b> : Mais enfin on avait quand même beaucoup, beaucoup de décès. Et donc euh... parallèlement
45	à ma vie d'hématologue, je me suis très rapidement intéressé aux soins palliatifs... (silence). Avec euh,
46	initialement une démarche associative puisque j'étais un des fondateurs de *** **, jusqu'à la mort
47	accompagner la vie. Et puis vu que ça s'est su un peu, ensuite on m'a demandé de m'occuper d'un projet

de... de soins palliatifs sur le CH. Donc en fait on m'a demandé de créer une équipe mobile de soins palliatifs. J'ai créé à ce moment-là, en même temps, un DU soins palliatifs...

**Moi** : Hum... [*acquiescement de la tête*]

**Professeur** : Et puis après euh... vu que ça marchait bien, je me suis dit on peut faire la même chose sur les soins à domicile. Donc j'ai créé un réseau de soins palliatifs. Et puis après l'unité de soins palliatifs de Luynes. Et puis au niveau national j'ai créé le Collège des enseignants en soins palliatifs. Et puis euh, le DESC spécialité médecine en soins palliatifs. Donc vous voyez hein, une deuxième vie parallèle tout en étant hématologue. Et la troisième chose... Enfin la deuxième chose qui m'a sauté aux yeux c'est que les soignants allaient pas bien dans nos services. Donc euh... en 91... Donc il y a un peu plus de trente ans maintenant... On a créé une association d'hématologues, enfin de soignants en hématologie pardon. Y'avait des médecins, des cadres, des... des soignants, des infirmières, des psychologues. Et on sait penché sur la souffrance du soignant en hématologie. (silence). Et donc à ce moment-là, on a proposé un modèle en se disant que si on met ce modèle en place, les gens iront mieux et on prendra mieux en charge les patients. (silence). Donc c'est comme ça qu'est née cette histoire, donc il y a un peu plus de vingt ans, qui euh... Alors après on va peut-être aller un peu vite. L'association a changé quatre fois de noms euh... Actuellement ça s'appelle \*\*\*\*\*. Et euh... En gros euh... Premièrement on a regardé si vraiment les soignants souffraient. Et la réponse était oui. Ensuite on a proposé le modèle. Ensuite on a dit... on a vu que le modèle il marchait empiriquement, sur le, le, le terrain, mais que globalement y'avait pas beaucoup de monde qui avait envie de le mettre en place.

**Moi** : Hum

**Professeur** : Donc on est rentré à la société française d'accompagnement et de soins palliatifs où on a imposé ce modèle pour les patients en soins palliatifs. Ça s'appelle la démarche palliative, démarche participative pour prendre en charge les patients en soins palliatifs. Donc on a sorti des textes ministériels, des circulaires ministérielles. C'est devenu un critère d'accréditation des établissements.

**Moi** : D'accord.

**Professeur** : Et puis en 2004 euh, en même temps on a dit « bah oui mais est-ce que c'est vrai ? » Donc on a monté des, des équipes de recherches dont je vous parlais tout à l'heure, qui ont bien montré que ça marchait. Et en particulier celle de 2009 montre qu'il y a un rôle essentiel du type de management du cadre de santé. D'accord ?

**Moi** : [*rires*]. Bon et bien j'ai bien fait de m'adresser à vous alors !

**Professeur** : Exactement. Voilà. Et puis euh... on en est un peu là. Et maintenant on essaie de sortir du soins palliatif pour aller vers le soins et proposer ce modèle pour tous les patients euh, en maladie chronique, quel que soit le stade de la maladie. Et on vient de monter une boîte de formation pour euh la formation continue. C'est le manager de la santé, sur le management. Alors qu'est-ce qu'on a vu. Globalement on a vu qu'en hémato, y'avait 40 à 60% des médecins et 20 à 40% des soignants qui avaient des... un épuisement professionnel. D'accord ?

**Moi** : D'accord.

**Professeur** : Et après on s'est penché sur euh, les causes. Et en gros on les sépare entre, entre plusieurs euh... thématiques. La première c'est le soignant lui-même de par son histoire de vie [*frappe sur la table avec ses mains*], ses ruptures, son caractère, son perfectionnisme [*frappe une nouvelle fois sur la table avec ses mains*], son optimisme, son pessimisme, son anxiété... qui font qu'il est plus ou moins susceptible de faire un burn-out. Sachant que le burn-out c'est pas une maladie hein. C'est un état transitoire. On est bien d'accord. C'est quand même très important (silence). La deuxième chose c'est que on... Donc on, on a... Ah j'ai perdu mon fil. Excusez-moi. [*sourire*].

**Moi** : [rires].

**Professeur** : Euh...

**Moi** : Le burn-out, état transitoire.

**Professeur** : Alors, voilà ! Donc cela est lié à la personnalité. Et ensuite y'a les facteurs stressants. Et là on a... Donc au niveau de l'\*\*\*, on a conceptualisé le modèle et on en a trouvé cinq [frappe sur la table avec ses mains].

**Moi** : Humhum, qui sont...

**Professeur** : Le type de spécialité, c'est-à-dire le type travail : l'infirmière, l'aide-soignante, le médecin, celui qui font de l'onco, de la réa, de la pédiatrie euh... de l'urgence et cætera.

**Moi** : Humhum.

**Professeur** : Donc le type de travail. Deuxièmement la charge de travail. Troisième chose euh... les conflits interpersonnels au sein de l'équipe.

**Moi** : Humhum.

**Professeur** : D'accord ? Ca veut pas dire l'ambiance de l'équipe, ça veut dire quelqu'un qui met un problème au sein de l'équipe. Quatrième chose, l'organisation. Et cinquièmement, le management. Donc nous on travaille sur les deux derniers.

**Moi** : L'organisation et le management.

**Professeur** : Voilà. D'accord ? Voilà [frappe sur la table avec ses mains]. Et donc nous on dit que pour que l'équipe aille bien, il faut un management participatif. Et on a démontré que le management participatif agissait bien.

**Moi** : D'accord. Bon et bien très bien. C'est bien complet. Vous avez déjà bien anticipé sur mes questions [rires]. Euh. Toujours vous, personnellement, pour mieux vous connaître. Donc vous exercez aujourd'hui encore en tant que praticien...

**Professeur** : Donc je suis euh... Donc je fais euh... une demi-journée de visite en hématologie adulte, deux demi-journées de consultation en hématologie adulte, et une visite en oncologie pédiatrique.

**Moi** : D'accord. Donc le reste...

**Professeur** : Donc le reste du temps, c'est euh, c'est d'abord la chefferie de pôle qui me prend quand même pas mal de temps. Ensuite c'est euh, l'enseignement. Je fais à peut-près trois cents heures de cours par an. Et après c'est tout ce qui tourne autour du management. Donc je me balade pas mal. Je vais dans pas mal de commissions ministérielles. J'suis à la ligue... Je suis dans beaucoup de structures qui font que je suis souvent parti.

**Moi** : D'accord. Donc d'un point de vue de vos thématiques de recherche, c'est celles que vous m'avez évoqué : le management...

**Professeur** : Voilà.

**Moi** : Et tout ce qui est lié aux soins palliatifs.

**Professeur** : Alors ça euh, c'était... J'ai eu plusieurs phases dans, dans...

**Moi** : C'était avant.

**Professeur** : C'était avant. Voilà. Non actuellement c'est vraiment sur euh, management et qualité de vie au travail. Avec l'équipe de psycho du travail de \*\* \*\* \*\* \*\*.

**Moi** : Très bien. Donc depuis combien de temps vous m'avez dit concernant le management... 2000...

**Professeur** : Donc on a commencé à se pencher sur la souffrance au travail dans euh... En 90, 1990.

**Moi** : D'accord. Et en tant que praticien, vous m'avez dit que vous avez remarqué au tout départ la souffrance. De quelle façon vous l'avez remarquée ? Les euh... j'ai envie de dire symptômes mais enfin...

**Professeur** : Oh bah vous savez, j'vais vous dire que quand vous avez une infirmière ou un...une aide soignante qui va pas bien, vous savez, c'est facile à voir hein. J'veux dire c'est quelqu'un avec qui on a des difficultés de... pour parler, qui n'est pas disponible au patient, qui euh, qui crie de temps en temps, qui sourit jamais. Enfin je veux dire à travers la communication verbale on voit très très bien les gens qui ne vont pas bien.

**Moi** : Très bien. Et donc c'est, c'était quelque chose qui était assez prégnant quand vous vous êtes lancé...

**Professeur** : Oui. Absolument, oui. Donc euh, on a toujours essayé de mettre en place une structure et un management qui font que les gens aillent mieux. Et ça repose sur deux points qui sont vraiment la création d'espaces d'échanges. Et dans les services c'est essentiellement les staff hein. Avec les aides-soignantes, les infirmières, les médecins, et puis bon y'a aussi la psychologue, l'assistance sociale... la thérapeute, la socio esthéticienne et cætera. On a vraiment beaucoup de gens. Et puis on a aussi les étudiants pour montrer le modèle. Et puis euh... et puis... Deuxièmement la démarche projet qui fait que quand on a une difficulté dans le service, au lieu de trouver une solution on demande à l'équipe de chercher la solution.

**Moi** : Parfait. Euh... Et bien vous avez également répondu à cette question : Pensez-vous que le cadre de santé est concerné par la problématique des risques psycho-sociaux ?

**Professeur** : Alors je pense que c'est... Alors, il y a deux choses. Elle est à l'origine des risques psychosociaux. C'est-à-dire que je pense que son type de management entraîne ou non une souffrance au niveau de l'équipe. Et elle-même elle est... et je vous enverrai la publication, elle est euh, elle peut avoir une souffrance au travail. Alors euh, on a travaillé là-dessus puisqu'on a publié en 2008 une étude qui date de 2003 ou 2004 qui était euh, la souffrance au travail dans les services d'hémo et d'ontologie de la région Centre. (silence). Et qui donc je ce que vous ai dit avec 20 à 40% qui souffrent. Et euh... y'avait pas les médecins. Et après on a regardé... Euh si pardon, y'avait les médecins, y'avait les cadres, y'avait les aides-soignantes et y'avait les infirmières. Et on a vu que, dans l'ordre, ceux qui souffraient le moins c'était les infirmières, après les cadres, après les aides-soignantes, et le pire c'était les médecins [*frappe sur la table avec ses mains*]. D'accord ?

**Moi** : Ah bon ?! [*ton surpris*].

**Professeur** : Et après on a typé le type. Parce que alors, c'est assez compliqué mais en gros y'a l'épuisement émotionnel, y'a la dépersonnalisation et puis y'a le fait de, de ne pas pouvoir communiquer avec les gens. Il y a trois composants dans le, dans le, dans le burn-out. Et on a vu qu'en fait, une des composantes majeures pour le cadre c'était la dépersonnalisation, le sens du travail. Ce qui n'est pas le cas pour tous les... Enfin pour eux et pour les aides-soignantes. C'est-à-dire que pour les médecins et les infirmières, c'est pas cette composante-là qui est prégnante.

209 **Moi** : Et donc quels sont les facteurs derrière cette dépersonnalisation ?

210

211 **Professeur** : Je pense qu'elles ont du mal à se situer entre l'administration et l'équipe de soins.

212

213 **Moi** : Est-ce un problème d'identité ?

214

215 **Professeur** : D'identification. Oui, absolument.

216 **Moi** : Très bien. Euh... (silence). Alors, je voulais vous demander si vous aviez éventuellement un exemple précis... Mais là je vous prends un peu de cours [rires]... Un exemple précis d'une situation on vous avez pu observer... Alors moi ce qui m'importe avant tout ce sont les cadres de santé mais... Peut-être des signes extérieurs de souffrance au travail en général.

220

221 **Professeur** : Bah vous savez le problème de la souffrance au travail, c'est pas un problème... C'est une chronicité hein. Et en fait les gens qui souffrent...

222

223 **Moi** : C'est donc sur la continuité.

224

225 **Professeur** : Voilà. En fait, c'est une attitude euh, qui se voit au quotidien. Effectivement avec un manque d'investissement euh... Des problèmes interpersonnels et puis après euh... Enfin je ne sais pas mais enfin classiquement c'est les douleurs lombaires [frappe sur la table avec ses mains], l'insomnie, le fait de ne plus avoir faim.

229

230 **Moi** : Donc il y a quand même au bout d'un moment des...

231

232 **Professeur** : Ah oui, il y a vraiment des signes objectifs. Ah oui, tout à fait. Effectivement avec le burn-out hein. Et puis après ça peut aussi aller vers les addictions hein, qui est assez fréquent chez le médecin.

233

234 **Moi** : C'est-à-dire ?

235

236 **Professeur** : Bah euh l'alcoolisme par exemple. On considère qu'il y a 20% des médecins qui, qui boivent trop.

238

239 **Moi** : D'accord [ton surpris]. Le retour de... [rires] L'autre côté du miroir... Alors est-ce que selon vous, il peut y avoir une différence entre les cadres de santé qui exercent de jour et les cadres de santé qui exercent de nuit concernant euh..

241

242 **Professeur** : Alors ça c'est une étude que je ne connais pas mais qui faudrait peut-être que... Peut-être que ça existe dans la littérature. C'est clair que c'est pas du tout la même chose. C'est-à-dire que... Alors on sait que le, le, le... la cause principale du burn-out c'est le manque de reconnaissance. Toutes les études le montrent. D'accord ? Et je pense qu'il est plus facile d'être reconnu la nuit que le jour.

244

245 **Moi** : Ah oui ?! [ton surpris].

246

247 **Professeur** : Hum.

248

249 **Moi** : Et pour quelles raisons ?

250

251 **Professeur** : Parce que je pense que... ils ont moins de... Enfin je veux dire, y'a une relation probablement plus importante entre l'équipe soignante et le cadre la nuit que le jour. Et ils ont pas l'administration. Donc en fait...

256

257 **Moi** : Elle est pas présente.

258

259 **Professeur** : Voilà. Et donc je pense si vous voulez que c'est une dualité entre des équipes et un cadre et

260



263 tout ça... Je pense que le rôle de chaque est bien défini. Beaucoup plus que le jour où le cadre a toujours  
 264 des difficultés de...  
 265  
 266 **Moi** : D'accord.  
 267  
 268 **Professeur** : C'est un peu le tampon entre l'équipe, le médecin et la direction quand elle est là quoi. Et ça,  
 269 c'est pas facile.  
 270  
 271 **Moi** : Ok. Et est-ce que...  
 271  
 272 **Professeur** : Enfin c'est mon sentiment hein.  
 273  
 274 **Moi** : Bien sûr. Et est-ce que vous pensez que ça peut être intéressant... Là, c'est vraiment pour moi  
 275 personnellement pour l'orientation de ma recherche...  
 276  
 277 **Professeur** : Alors ça serait intéressant de faire une étude là-dessus !  
 278  
 279 **Moi** : De comparer les deux ?  
 280  
 281 **Professeur** : Oui alors euh, le problème c'est que vous faites du qualitatif.  
 282  
 283 **Moi** : Oui.  
 284  
 285 **Professeur** : Et comparer en qualitatif ça va pas être très facile hein.  
 286  
 287 **Moi** : Ah non, je m'en doute. [rires].  
 288  
 289 **Professeur** : Par contre euh, si vous voulez faire du quantitatif, faites un made-line mais je crois pas que j'ai  
 290 jamais rien vu et rien lu là-dessus.  
 291  
 292 **Moi** : D'accord. Je vais regarder de ce côté-là ce qui a été fait.  
 293  
 294 **Professeur** : Oui.  
 295  
 296 **Moi** : Euh... alors maintenant. Vous m'avez parlé du burn-out qui n'est pour vous pas une maladie mais un  
 297 état de transition.  
 298  
 299 **Professeur** : Oui  
 300  
 301 **Moi** : Alors, j'avoue pour le moment que je n'ai pas plus approfondie que ça alors est-ce que vous pourriez  
 302 peut-être m'en expliquer un peu plus.  
 303  
 304 **Professeur** : Bah c'est-à-dire que dans la vie, y'a des moments où quelqu'un qui va bien, qui se sépare par  
 305 exemple. Alors qu'il n'y a pas de changement dans sa vie professionnel. Il peut être en burn-out. Puis le  
 306 temps passe, le deuil se fait. Il va connaître un autre compagnon et à ce moment-là et... Voilà. Donc je crois  
 307 que c'est la conjonction entre un environnement et une personnalité. Il suffit qu'il y ait quelque chose qui  
 308 se... Voilà. Mais je veux dire que après... Je crois que tout le monde a fait un burn-out à un moment.  
 309  
 310 **Moi** : [sourire]. C'est-à-dire qu'à la suite d'un burn-out on peut soit entre guillemets rebondir ou, soit on  
 311 peut tomber vers la maladie.  
 312  
 313 **Professeur** : Voilà. Oui, bien sûr. Oui.  
 314  
 315 **Moi** : Bon alors ça, le burn-out, ce n'est qu'un aspect mais tout ce qui est d'un niveau de harcèlement

316 moral...

317

318 **Professeur** : Alors pour moi c'est de l'interpersonnel. Je pense que le harcèlement euh... Le management  
319 peut entraîner du burn-out s'il y a des erreurs de management. C'est-à-dire que si vous avez un  
320 management directif qui ne donne pas de reconnaissance à l'autre, c'est une cause de burn-out. Le  
321 harcèlement pour moi c'est de l'interpersonnel. Une personnalité pathologique du manager. Pour  
322 harceler, pour moi faut être pathologique.

323

324 **Moi** : Ok. Donc c'est de l'ordre de l'individuel.

325

326 **Professeur** : Hum. Oui Oui

327

328 **Moi** : Donc également j'allai dire : en quoi ou a quoi ces pathologies sont liées selon vous ? Donc vous  
329 m'avez parlé de management, ça on est d'accord. Vous m'avez aussi parlé d'organisation du travail...

330

331 **Professeur** : Oui. Alors l'organisation, nous par exemple, on... dans le soins, nous on assiste beaucoup sur  
332 trois points. Le premier c'est la stabilité du planning. C'est-à-dire que si vous faites revenir quelqu'un en  
333 permanence, qui a jamais de vacances, qui a jamais de... Enfin je veux dire, elle pète les plombs quoi hein.

334

335 **Moi** : Humhum.

336

337 **Professeur** : Euh, deuxième chose qui me paraît très important c'est la définition des tâches de chacun.  
338 Que vous arriviez au boulot en sachant ce que vous avez à faire et non pas euh, qui fait quoi, et cætera. Et  
339 troisième chose euh... c'est euh... l'interruption des tâches. Donc nous on essaie beaucoup de, on accorde  
340 beaucoup d'importance à la gestion des tâches. Qu'on soit pas sans arrêter arrêté dans...

341

342 **Moi** : Et de l'autre côté, si on se place du côté de l'aide-soignante, de l'infirmière, du cadre de santé et du  
343 médecin, est-ce que vous estimez qu'ils ont aujourd'hui une bonne connaissance des risques  
344 psychosociaux ?

345

346 **Professeur** : Ah non !

347

348 **Moi** : ...de la souffrance au travail...

349

350 **Professeur** : Ah non ! Ca je pense que c'est une formation qui doit être mise en place dans toutes les  
351 Ecoles de managers hein. Et euh... j'ai un fils qui est en Ecole de commerce, qui sera un jour manager, et  
352 c'est absolument pas fait hein.

353

354 **Moi** : Donc dans l'Ecole où il est y'a pas d'unités ou de modules portant sur cet aspect-là ?

355

356 **Professeur** : Non.

357

358 **Moi** : D'accord. Et tous les personnels soignants ont...

359

360 **Professeur** : Alors attention. Je pense que... Ca, c'est une vraie question pour moi. Je pense que c'est pas  
361 quelque chose à aborder avec le personnel soignant. C'est-à-dire que si vous abordez un modèle parfait  
362 euh, de management participatif où les gens peuvent s'exprimer, peuvent être reconnus et cætera. Et que  
363 vous montrez ce modèle à des équipes alors que le modèle n'existe pas, alors là vous créez de la  
364 souffrance. Moi je pense vraiment que c'est une formation à réserver aux managers.

365

366 **Moi** : Très bien. Et ne pas diffuser généralement au sein de l'hôpital tant que du moins ça n'a pas  
367 suffisamment été mis en place...

368

369 **Professeur** : Exactement. Absolument. Par contre on peut travailler sur l'importance de l'inter-

professionnalité dans la prise en charge du patient. Ca oui. Sans parler du management. Donc on peut travailler sur l'importance d'espaces d'échanges autour du patient sans forcément parler du management participatif et cætera.

**Moi :** Et au niveau de... Alors je dirai de l'équipe de direction, celle qui dirige le pôle et ensuite celle qui dirige l'établissement en entier, est-ce que vous avez pu observer des méthodes... enfin des méthodes je dirai plutôt des procédés d'actions par rapport à la souffrance au travail ? Et comment ils agissent ?

**Professeur :** Alors c'est une... je crois que ça devient vraiment une préoccupation à la fois de la part de l'établissement de santé et euh, du travail en général. Quand on voit ce qu'il y a dans la presse sur les entreprises et cætera. Je pense que c'est actuellement quelque chose qui devient vraiment très important. Nous on a eu une enquête sur la souffrance au travail très récente sur l'établissement.

**Moi :** Humhum.

**Professeur :** Euh... Le problème après c'est qu'elles vont être les données correctives à mettre en place. Et puis le problème aussi qui se heurte à ce type de management c'est euh... En fait c'est un management de proximité. Donc on peut pas dire, on peut pas mettre un management participatif sur six mille personnes. Ca n'existe pas. Ca n'existe que sur des petits groupes. Donc il faut créer des petits groupes. Y'a la direction générale [*frappe sur la table avec ses mains*], direction fonctionnelle, pôles, services... dans lesquels on peut mettre ça en place. Donc ça veut dire qu'il faudrait trouver des managers pour ces différentes structures et ce type de management. Ce qui est pour l'instant un peu utopique.

**Moi :** D'accord. Et cette euh... c'est enquête sur la souffrance au travail a été...

**Professeur :** Largement diffusée.

**Moi :** ...elle a été poussée par qui ?

**Professeur :** Ah, ça a été fait par la direction générale...

**Moi :** Sur la volonté de la direction générale ?

**Professeur :** Oui. Absolument. Ca a été fait sur l'ensemble des personnels, sur les 6000 milles personnes. Oui. Non vraiment c'était un gros...

**Moi :** Et de quelle façon ? Un questionnaire, un...

**Professeur :** Oui. Un questionnaire en ligne.

**Moi :** Je suppose que ça doit être sur...

**Professeur :** Alors c'est sur euh... Je sais pas. Ca a été diffusé à l'ensemble des gens du CH par intranet.

**Moi :** D'accord.

**Professeur :** Dans \*\* \*\* des résultats ont été diffusés, globaux, et puis ensuite par catégorie socioprofessionnelle. Bah euh globalement ça a donné quoi. Ca dépend des critères. Y'a des critères euh... Globalement y'a une bonne reconnaissance du sens du travail. Par contre euh, le sens de, comment dire... Le sens de l'action de la direction n'a pas du tout été compris. On parle beaucoup de non équité. On parle... Il y a quand même des choses qui ne sont pas parfaites. [*sourire*].

**Moi :** [*rires*]. Donc en fait est-ce qu'on pourrait dire par rapport à cette situation particulière qu'on est entre... Enfin on est plutôt dans la prévention où on est dans le fait d'agir lorsqu'on constate qu'il y a des

soucis.

**Professeur** : Bah ça commence mais je pense que pour l'instant on en est plus au diagnostic qu'à la prévention. Enfin je vois pas très très bien la différence entre le traitement et la prévention (silence). C'est-à-dire que je le vois bien pour la maladie mais pour les risques psychosociaux je vois pas très bien.

**Moi** : Bah par rapport à ce que je viens de vous dire, moi j'entends les choses comme cela. Est-ce qu'on va mettre en place différents procédés, management, enquête, peu importe, quand tout va bien entre guillemets ou est-ce qu'on attend que la situation...

**Professeur** : Ah bah vu que ça va mal par tout, il vaudrait peut-être mieux qu'on dise qu'on commence par ça et je pense que si on met des mesures correctives par rapport à ce qui va mal, après on fera de la prévention.

**Moi** : C'est pour ça que je disais que peut-être on est à un moment où...

**Professeur** : Oui, ça va déjà mal. *[sourire]*.

**Moi** : *[rires]*. Alors quelles sont pour vous de façon globale les enjeux stratégiques d'un climat apaisé, favorable à...

**Professeur** : Les enjeux stratégiques...

**Moi** : Les enjeux stratégiques. Qu'est-ce qui euh, pour la direction...

**Professeur** : Ah les enjeux stratégiques, y'en a deux qui sont évidents. La première euh, le premier qui est évident, c'est la qualité des soins. Ça a été très bien démontré hein. Y'a une relation directe entre la qualité de vie au travail et entre la morbidité et la vitalité. C'est très, très démontré. Et en particulier ce qui est important c'est le rapport entre les médecins et les, les infirmières. La qualité des rapports entre les médecins et les infirmières. Et la deuxième c'est les sous. Quand on a une meilleure qualité de vie au travail, on a moins d'absentéisme et y'a une meilleure performance.

**Moi** : D'accord. Au niveau maintenant des formations que vous avez mises en place, notamment de la formation qualité de vie... management et qualité de vie au travail c'est ça de mémoire ?

**Professeur** : C'est ça, oui.

**Moi** : Euh, succinctement, est-ce que vous pouvez me présenter le contenu de cette formation. Comment elle s'organisation, comment...

**Professeur** : Alors euh, donc euh... En fait sur ça, on a deux types de formation. On a un master 2 qui fait quatre cents heures et qui est assez originale parce qu'il y a des modules qui sont sur la qualité de vie au travail et puis y'a des modules qui sont sur la gestion, enfin RH quoi. Et après on a donc dans les modules, des modules qui sont sur le burn-out, le stress et cætera. On a des modules qui sont sur la communication *[frappe sur la table avec ses mains]*. On a des modules qui sont sur les risques psychosociaux à la fois au niveau euh... Et les risques euh, physiques. Donc tout ce qui est ergonomie. Et puis on a des modules de management participatifs, conduites de projets, communication euh... espace d'échanges, gestion des espaces d'échanges et cætera. Voilà, ça ce sont les cinq modules qui sont sur la qualité de vie au travail, le burn-out, communication, risques psychosociaux et cætera. Et puis on a donc cinq modules qui sont plus RH.

**Moi** : Donc ça c'est pour le Master 2.

**Professeur** : Oui.

**Moi** : Et après vous m'avez parlé de...

**Professeur** : Donc après on a euh... Alors je vous ai dit que nos objectifs étaient doubles. Premièrement c'est de sortir du soin palliatif pour proposer ce modèle pour les maladies chroniques, et la deuxième chose c'est la formation des managers. Donc la formation des managers, pour nous y'a trois types de managers importants dans la santé. Y'a les cadres, y'a les médecins et y'a les directeurs d'établissement. Donc on va raisonner en formation initiale et formation continue. Donc en formation initiale, y'a la réforme des études médicales vient de sortir et ils parlent que de pluri-professionnalité, de collégialité et cætera. Donc c'est un message qu'on a réussi à faire passer. Euh, sur les Ecoles de cadres, vu que notre association est régionale, on va essayer de se les faire les unes après les autres dont celle de la région centre dont on intervient déjà. Et puis une dernière chose, on intervient à \*\*\*\* pour les directeurs d'établissement. Donc ça c'est formation initiale. Et puis formation continue donc euh, on vient de monter une boîte de formation avec l'Université pour former les managers. Pour l'instant on a un format de deux jours pour le management et la qualité de vie au travail.

**Moi** : Et c'est ouvert à quel type de public ?

**Professeur** : Aux trois types de managers.

**Moi** : Que des soins ? Ou est-ce que ça peut être ouvert aux autres euh...

**Professeur** : Alors pour l'instant on est pas... On est resté sur le soin oui, parce qu'on s'est dit qu'on avait pas les épaules pour aller plus loin. Alors en plus on vient de déposer une marque à l'INPI.

**Moi** : [rires]. C'est quoi ?

**Professeur** : C'est l'institut nationale de protection intellectuelle. Donc en fait vu que c'est nous qui avons construit le modèle, qui avons fait passer les textes ministériels et qui avons démontré l'efficacité de ce modèle, donc le label s'appelle démarche participative et qualité de vie (silence). Ce qui est un peu embêtant pour ceux qui font la même chose que nous.

**Moi** : Ah bah oui [ton d'exclamation]. Ca veut dire que là ils ne peuvent plus.

**Professeur** : Ils ne peuvent plus, non.

**Moi** : Mais il y en a beaucoup qui font la même chose que vous [rires].

**Professeur** : Bah oui, bien sûr. Oui.

**Moi** : En tout cas concernant le management participatif c'est bien vous à première vue, il n'y a pas de soucis là-dessus. Mais quand vous dites-nous, c'est-à-dire ?

**Professeur** : L'\*\*\*\*. Enfin l'ancien... On a changé quatre fois de noms alors. Actuellement ça s'appelle l'\*\*\*\*.

**Moi** : D'accord. Donc le public, on en a parlé euh...

**Professeur** : Je ne vous avez pas envoyé le dossier ?

**Moi** : Le dossier ?

**Professeur** : Parce qu'on fait beaucoup de lobbying au niveau du ministère et cætera. Donc on a un dossier complet de dix-sept documents.

**Moi** : Et bien non, je ne l'ai pas reçu.

**Professeur** : Je vais vous l'envoyé alors.

**Moi** : Merci. Donc au niveau du Master, il a ouvert à la rentrée dernière c'est ça ?

**Professeur** : Alors, excusez-moi mais ce que j'ai oublié de vous dire, c'est que le Master 2 est ouvert au monde de la santé mais aussi au monde de l'entreprise hein. C'est-à-dire que c'est un mélange des deux. La première promotion y'avait treize étudiants, essentiellement du domaine de l'entreprise.

**Moi** : Donc c'était quand la première année ? 2012 ?

**Professeur** : Non, non, non. On a commençait... Attendez, si, 2012. On a commencé en novembre 2012. Et là, la deuxième promotion c'est novembre 2013. Ca sera à peut-près le même nombre de personnes je pense mais par contre plus du domaine de la santé (silence). Je sais qu'il y a plusieurs cadres oui. Il y a au moins cinq, six cadres.

**Moi** : Bon. Quels objectifs poursuivez-vous à travers cette nouvelle offre de formation, on a bien compris que c'était pour développer le management participatif [rires].

**Professeur** : Exactement. Alors sachant que j'insiste beaucoup sur le manager qui ne fait pas que du participatif hein. Le bon manager c'est faire du directif, c'est faire du persuasif et c'est faire également du déléguatif hein. Donc je veux dire que c'est qu'un des... Mais par contre ce qu'on dit c'est que si on fait que du directif ou du persuasif, on crée de la souffrance (silence).

**Moi** : Et enfin j'allai dire expliquez-moi en quoi consiste le management participatif mais on a très bien compris.

**Professeur** : Des espaces d'échanges et puis une démarche projet qui fait que quand on a un problème, on met en place un groupe de travail.

**Moi** : Et ça, ça fonctionne vraiment ? On arrive à le mettre en place ? Y'a des gens qui ont la volonté de prendre le temps de...

**Professeur** : Mais c'est pas qu'on leur donne le temps, à partir où on leur donne la parole et qui peuvent exister.

**Moi** : Mais il faut aussi que ce soit appuyé par l'équipe de direction non ? Je veux dire, si on leur donne pas les moyens...

**Professeur** : Alors ça. Deux choses que j'entends toujours quand je fais de la formation. On a pas le temps. D'accord ? Euh... les staffs c'est deux heures par semaine. On peut dire que c'est énorme car tout le monde est présent. Et tout le monde s'investie car les staffs, c'est l'aide-soignant qui présente le patient, après l'infirmière parle, après y'a le médecin qui complète puis les gens des soins de support. Je veux dire que tout le monde est écouté, existe et est reconnu dans ce qu'il raconte. Je veux dire que ça change complètement le système. Et les gens, ils rechignent jamais à venir aux staffs. Jamais, jamais, jamais. A partir du moment où on leur donne la parole et que les médecins écoutent les aides-soignantes et les infirmières, ça change complètement le système hein.

**Moi** : Très bien. Ca fait rêver [rires].

**Professeur** : Mais vous pouvez venir à un staff. Où ce que vous pourriez peut-être, c'est interrogé mon cadre. Car il peut y avoir une dissociation entre ce que dit mon cadre et moi. Vous pouvez prendre rendez-

585 vous avec mon cadre et puis vous verrez ce qu'il raconte.

586

587 **Moi** : Et bien je vais y penser en fonction de comment je vais avancer dans ma réflexion. Merci beaucoup  
588 pour cet entretien.

589

590 **Professeur** : Je vous en prie.

591

592 **Moi** : Ca a été très instructif.

593

594 **Professeur** : Et si vous voulez une anecdote, j'ai eu deux fois en vingt-cinq ans un cadre qui n'était pas  
595 participatif. Et à chaque fois le système a complètement explosé. Euh, c'est-à-dire avec l'équipe qui  
596 demandait son changement. Et au bout de sept ou huit changements, l'équipe de direction s'est dit mais  
597 qu'est-ce qui se passe ici. Et ils ont fini par viré le cadre.

598

599 **Moi** : Mais ce cadre s'il n'était pas participatif, il était donc ?

600

601 **Professeur** : Directif, donc il décidait pour les autres. Et vu que les infirmières et les aides-soignantes  
602 étaient là depuis longtemps, au début elles ont été la voir en lui disant, écoutez, c'est pas comme ça qu'on  
603 fonctionne. Et donc du coup, vu qu'il n'y a pas eu d'écoute, au bout d'un certain temps elles sont parties à  
604 cause d'un burn-out. Et à ce moment-là, au bout d'un certain nombre de départs, la direction a viré le  
605 cadre. Mais après il faut reconstruire l'équipe hein. Donc voilà. C'est une première expérience. Et une  
606 deuxième expérience c'est pour vous donner une histoire, une expérience très intéressante et très  
607 positive. Euh... Il y a de nombreuses années, on a changé avant qu'on soit dans ce bâtiment-là entre un  
608 très vieux bâtiment et un bâtiment qui était moins vieux mais qui n'était absolument pas adapté au niveau  
609 de l'oncologie. Avec des très grandes chambres jusqu'à quatre lits. Donc à ce moment-là, le CHU était en  
610 difficultés et donc ils nous a dit bon bah nous on a pas d'argent à mettre dans les travaux mais par contre,  
611 si vous trouvez de l'argent on fera les travaux. Donc je passe sur l'histoire mais au gros, on a trouvé de  
612 l'argent, du moins la moitié de l'argent car le CH au bout du compte a quand même mis la moitié de  
613 l'argent. Et donc on a pu faire les travaux et transformer le service. Et à partir du moment où on allait  
614 changer de service, j'ai dit bon bah très bien, euh, on va faire un projet de service. D'accord ? Et donc on a  
615 fait un groupe de travail sur les locaux. Les plans des locaux, c'est un groupe de travail d'aides-soignantes  
616 et d'infirmières qui ont proposés les plans du service. Et donc bien sûr, chaque fois qu'on est beaucoup, on  
617 est bien plus génial que quand on est tout seul.

618

619 **Moi** : [rires].

620

621 **Professeur** : Et donc elles ont proposé un appartement des familles. Et donc le premier appartement des  
622 familles du CH de \*\* \*\* à été créé par une démarche de projet. Et on a créé un endroit où les familles  
623 pouvaient venir s'installer au cas où les patients n'allaient pas bien. Voilà comment est né le premier  
624 appartement des familles au CH.

625

626 **Moi** : Parfait. Merci beaucoup.



## Grille d'entretien - Etude exploratoire –Pr. C\*

**Présentation Introductive :** *Qui nous sommes. Quelle est notre thématique de recherche et pourquoi. Dans quel(s) but(s) interrogeons-nous l'interviewé.*

### Thème 1 : Parcours et identité professionnelle de l'interviewé.

- Pouvez-vous présenter en quelques mots les différentes fonctions professionnelles que vous occupez aujourd'hui ?
- Quel est plus précisément votre parcours professionnel en tant que praticien de santé ?  
A quel rythme exercez-vous encore aujourd'hui et dans quel(s) type(s) d'établissement(s) ?
- Quels sont les travaux de recherche que vous avez également menés en tant que Professeur d'Université ?  
Sur quelles thèmes et pourquoi ?
- Depuis combien de temps maintenant travaillez-vous spécifiquement sur la thématique de la santé et de la qualité de vie au travail ?
- Quelle est votre expérience des risques psychosociaux en tant que praticien de santé ?

### Thème 2 : Approche des RPS dans la FPH et actions de formation.

#### **Les RPS chez les cadres de santé et plus généralement dans le milieu hospitalier.**

- Au regard de votre expérience et de vos recherches, pensez-vous que le cadre de santé est concerné par la problématique des RPS ? Si oui, de quelle(s) façon(s) ?
- Avez-vous déjà constaté des situations de travail favorisant un certain mal-être psychologique et/ou social chez les cadres de santé ? Si oui, pouvez-vous citer un exemple.
- Dans ce cadre, pensez-vous que la condition de travail « service de jour » ou « service de nuit » est un facteur de risques psychosociaux ? Si oui, pourquoi selon vous ?
- Quelles sont les pathologies que vous avez pu relever chez ces personnels ?  
A quoi sont-elles selon vous liées ?
- Quel regard portez-vous sur l'attitude de l'équipe de direction concernant la problématique des RPS au sein de leur établissement de santé ?
  - ❖ Lorsqu'ils agissent une fois le mal repéré, que mettent-ils le plus souvent en place ?
  - ❖ Lorsqu'ils agissent sur le mode de la prévention, comment s'y prennent-ils ?
- Quels sont pour vous les enjeux stratégiques d'un climat social favorable dans un établissement hospitalier ?



**Présentation d'actions de formations portant sur la thématique de la santé au travail.**

- Pouvez-vous présenter succinctement le contenu des formations sur la qualité de vie au travail pour lesquelles vous êtes depuis peu l'un des responsables pédagogiques à l'Université de Tours ?
- D'où est née cette idée d'ingénierie de formations universitaires courtes et diplômantes sur la thématique du management des équipes vers une prévention de la santé ? Par qui ? Comment ?
- A quel(s) public(s) s'adressent-t-elles principalement ? Et quel est celui qui en a témoigné de l'intérêt jusqu'à présent ?
- Quels objectifs poursuivez-vous à travers cette nouvelle offre de formations ?
- Expliquez-nous rapidement en quoi consiste le management participatif ? Quels en peuvent être selon vous les bénéfices ?

## Grille d'entretien - Etude exploratoire avec Mme. A\*.

**Présentation Introductive** : *Qui nous sommes. Quelle est notre thématique de recherche et pourquoi. Dans quel(s) but(s) interrogeons-nous l'interviewé.*

### Thème 1 : Parcours de formation et parcours professionnel.

- ➔ Question inaugurale : Pouvez-vous présenter en quelques mots votre parcours de formation ainsi que le(s) profession(s) que vous avez exercée(s) jusqu'à aujourd'hui ?
  - ❖ Parcours de formation initial
  - ❖ Formation dispensée à l'IFCS
  - ❖ Autres éventuelles formations continues
  - ❖ Service au sein duquel l'individu travaille
  - ❖ Taille de l'établissement.
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé(e) à devenir cadre de santé ? Et pourquoi avoir choisi la fonction publique hospitalière ?
  - ❖ Valeurs
  - ❖ Motivations
  - ❖ Représentations
- Estimez-vous que votre cursus de formation initiale et/ou la formation dispensée à l'IFCS vous ait permis de vous préparer à assumer au mieux les responsabilités liées au métier et si oui, dans quelle(s) mesure(s) ?
  - ❖ Dimension de management
  - ❖ Développement d'un habitus de praticien réflexif
  - ❖ Eventuelle sensibilisation à la qualité de vie au travail et/ou aux RPS.
- Comment pensez-vous aujourd'hui avoir l'occasion de vous former dans le cadre de votre profession ?
  - ❖ Thématiques de formation
  - ❖ Modalités de formation (*formation formelle, non formelle, informelle ; par les pairs, par soi-même, par des formateurs identifiés comme tels...*)
  - ❖ Lieu de formation

### Thème 2 : Organisation, conditions de travail et management.

#### Temps réflexif et organisation du travail

- Participez-vous à des temps collectifs de réflexion qui sont programmés dans l'exercice quotidien de votre métier et si oui, en quoi consistent-ils ?
  - ❖ Quand
  - ❖ A quelle fréquence
  - ❖ Avec qui
  - ❖ Sur l'initiative de qui
  - ❖ Par qui sont-ils encadrés
  - ❖ Dimension de pluridisciplinarité ou non
  - ❖ Démarche par projet ou non
- Quels peuvent être selon vous les bénéfices de ce type de regroupement ?
  - ❖ D'un point de vue individuel, par rapport à soi-même, et les raisons.
  - ❖ D'un point de vue collectif, au sein de l'équipe, du service et plus généralement de l'établissement, et les raisons.
- Comment procédez-vous individuellement pour ajuster votre pratique au quotidien, dans l'objectif d'assumer au mieux vos responsabilités ?
  - ❖ Existence ou non d'une pratique réflexive
  - ❖ Modalités de la pratique réflexive développée
  - ❖ Fréquences de la pratique réflexive

### Conditions de travail.

- Quelle(s) représentation(s) avez-vous de la place et des responsabilités du cadre au sein de l'établissement ?
  - ❖ Commodités et/ou difficultés
  - ❖ Dimension de travail dans l'urgence
  - ❖ Situations et/ou demandes paradoxales
  - ❖ Morcèlement des tâches
  - ❖ Actions réalisées pas toujours visibles
  - ❖ Types de responsabilités
- Quel(s) rapport(s) estimez-vous entretenir plus spécifiquement avec l'équipe de direction, celle médicale, ainsi que les autres cadres de santé ?
  - ❖ Soutien de la hiérarchie ou non
  - ❖ Soutien de l'équipe médicale ou non
  - ❖ Relations avec les pairs
  - ❖ Existence ou non d'une entre-aide
  - ❖ Modalités de communication mises en place

### Management.

- Comment qualifieriez-vous le management que vous avez mis en place au sein de votre équipe soins ?
  - ❖ Type de management : participatif ? responsable ?
  - ❖ Relation avec l'équipe de soin
  - ❖ Place accordée ou non à la communication
  - ❖ Taille/composition de l'équipe.
- Quelle(s) relation(s) estimez-vous entretenir avec elle ?
- Avez-vous ou rencontrez-vous actuellement des difficultés dans le management de votre équipe ? Si oui, quelle(s) sont-elle(s) et comment tentez-vous de les dépasser ?
  - ❖ Place accordée ou non à la communication
  - ❖ Modalités de communication.

### Thème 3 : Approche psychologique.

- Quelle est votre expérience des risques psychosociaux en tant que praticien de santé ?
- Vous sentez-vous aujourd'hui épanoui dans l'exercice de vos responsabilités et pour quelle(s) raison(s) ?
  - ❖ Existence ou non d'un sentiment d'autonomie, de légitimité, d'autorité, de reconnaissance
  - ❖ Eventuels facteurs de risques psycho-sociaux
- Quelle(s) sont selon vous les ressources personnelles dont vous disposez pour faire face à des situations professionnelles qui peuvent être pour vous source de souffrance psychologique ?
  - ❖ Rapport au changement
  - ❖ Capacité d'adaptation aux événements
  - ❖ Capacité d'anticipation...
- Estimez-vous aujourd'hui vous connaître parfaitement en tant que professionnel ? Et en tant qu'individu dans sa globalité ?
  - ❖ Les raisons avancées.
- Comment vous définiriez-vous donc ?
  - ❖ Personnalité
  - ❖ Eventuelles défenses psychologiques...
- Existe-t-il au sein de votre établissement des dispositifs ou personnes identifiées par la direction comme étant des soutiens face à des situations de mal-être au travail ? Si oui, pouvez-vous nous les présenter.

## Transcription d'entretien - Etude exploratoire - Mme A\*

- Cet entretien s'est déroulé le mardi 21 janvier 2014, dans le bureau professionnel de Mme. A\* situé sur le site du Centre Hospitalier de \*\* à \*\*. Il a duré un peu plus de quarante-cinq minutes. Mme. A\* et nous-mêmes étions placés d'une part et d'autre du bureau, en face à face, un ordinateur et un discret micro étant posés entre nous afin d'enregistrer notre échange puis de pouvoir le transcrire dans une volonté postérieure d'analyse.

1	<b>Moi</b> : Tout d'abord je tiens de nouveau à vous remercier de vous entretenir aujourd'hui avec moi.
2	
3	<b>Mme. A*</b> : Je vous en prie !
4	
5	<b>Moi</b> : Donc je me représente rapidement. Moi je suis étudiante en Master 2 Sciences de l'Education et de
6	la Formation à l'Université de ** *. Dans ce cadre j'ai un mémoire de recherche à mener. Et en parallèle,
7	parce que je suis en alternance, je suis actuellement en stage au sein de l'*** **** ...
8	
9	<b>Mme. A*</b> : D'accord.
10	
11	<b>Moi</b> : ...où j'ai une mission générale à mener sur la prévention santé au travail. Donc j'ai fait le choix cette
12	année de lier le projet de recherche et la pratique sur mon lieu de stage pour tirer des apports dans les
13	deux situations. Je me suis donc centrée sur la thématique de la santé au travail et plus particulièrement
14	sur les cadres de santé... Et voir un peu comment on pourrait peut-être pas améliorer, je n'ai pas cette
15	prétention [sourire], mais du moins travailler sur leur qualité de vie au travail.
16	
17	<b>Mme. A*</b> : Et qu'est-ce qui vous a amené à penser aux cadres de santé ? [rires]
18	
19	<b>Moi</b> : [exclamation de rires]. Alors bon, on commence déjà par échanger les rôles !
20	
21	<b>Mme. A*</b> : Voilà [sourire]. Parce que...c'est vrai qu'on se préoccupe rarement de notre santé !
22	
23	<b>Moi</b> : Alors... Petite précision. Je ne connais... Je ne connaissais absolument pas le secteur de la santé. Je ne
24	suis pas du tout de ce milieu là. J'ai un entourage qui n'y est pas du tout non plus. Euh... Donc je découvre
25	vraiment depuis cette année. Et notamment dans mon master, en première année, je côtoie des cadres de
26	santé puisque l'IFCS de **** a monté un partenariat avec l'Université. Et maintenant les étudiants cadres
27	de santé suivent quelques modules au sein du même département que le mien. Donc j'ai pu en rencontrer.
28	Et puis euh... il m'a semblé au début que la santé au travail est un thème très vague. Je me suis dit bon j'y
29	connais rien. Je suis aller lire un peu la législation, j'ai regardé un peu les médias. Et il m'a semblé que le
30	cadre de santé, d'un point de vue extérieur, de par la place et le rôle qu'il semble occuper au sein de
31	l'établissement, pouvait être un personnel tout à fait sujet notamment aux risques psychosociaux, puisque
32	c'est ça qui m'intéresse véritablement dans cette recherche. C'est pour ces raisons que je me suis orientée
33	vers les cadres de santé. Il me semble qu'il y a des problématiques fortes derrière et qu'il serait bien qu'on
34	s'y intéresse avant de mettre en place d'autres choses. Voilà. Donc j'ai un certain nombre de questions à
35	vous poser, sachant qu'elles sont ouvertes.
36	
37	<b>Mme. A*</b> : D'accord.
38	
39	<b>Moi</b> : Ce n'est pas fixe, on verra en fonction de ce que vous avez envie de me dire. Donc tout d'abord une
40	question qu'on pourrait dire inaugurale, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots,
41	éventuellement le ou les différents métiers que vous avez occupé jusqu'à aujourd'hui et les différents
42	parcours de formation que vous avez eu à effectuer en fonction.
43	
44	<b>Mme. A*</b> : D'accord. Donc moi euh... mon parcours n'est pas très compliqué parce que j'ai fait toute ma
45	carrière à l'hôpital de ****. Je suis arrivée ici à l'hôpital de **** le 4 août 1980 en tant que manip' radio.
46	Donc au sein d'une équipe, d'une petite équipe à l'époque hein. Il devait y avoir une dizaine de manip'
47	radio. Il y avait un surveillant à l'époque, et un chef... C'était un surveillant chef même, et un chef de

service radiologue. Ensuite moi au bout de dix ans, il y a eu une opportunité dans ce service puisqu'on a ouvert une unité de scanner pour lequel pour lequel un deuxième de surveillant a été créé [*frappe sur la table avec ses mains*]. Et pour cela il a été ouvert un concours interne. Enfin interne... interne et externe car ouvert aussi aux gens de l'extérieur, euh...sur lequel j'ai postulé. Donc nous étions six ou sept du service à postuler, plus un candidat extérieur. Et j'ai été le candidat qui a été retenu sur ce poste de surveillant à l'époque. Donc je ne suis pas moi passée par l'école des cadres. Hein. Parce que ça, ça remonte à 1990 donc l'école des cadres n'était pas obligatoire.

**Moi :** Hmmm, Oui.

**Mme A\* :** Donc moi je me suis retrouvée à ce poste de surveillant je vais dire du jour au lendemain quoi. Parce que la mission qu'on me confiait à ce moment-là n'était plus du tout celles qu'un cadre de santé peut avoir aujourd'hui hein. En 1990 on me demandait d'organiser le fonctionnement de cette unité scanner et de former le personnel. Donc en fait j'avais vraiment un rôle de proximité face à l'équipe, et de formation principalement. Et puis de relever de statistiques et un petit peu d'analyser de l'activité et cætera. Mais à l'époque j'avais beaucoup moins de gestion de projets et de qualité comme on peut en parler aujourd'hui. Le métier n'avait rien à voir. Rien à voir ! Donc j'occupe mes fonctions de surveillant, puis après cadre, et après cadre de santé. Puis maintenant cadre de santé paramédicale depuis 1990. Et donc je suis passée du jour en lendemain du rôle de manip' au rôle de surveillante. Et ça n'a pas été facile ! [*sourire*]. Ca n'a pas été facile.

**Moi :** [*sourire*]. Donc au niveau de votre formation initiale si l'on peut dire, de votre formation scolaire...

**Mme. A\* :** Mon parcours scolaire... Donc moi j'ai fait un BAC D à l'école. C'était un BAC D. Après j'ai fait l'école de manipulateur en électroradiologie médicale à \*\*\*\*. Donc l'école qui dépend du Ministère de la Santé. Qui m'a donc délivrée un DE de manip' radio. Et donc après pour assumer euh [*voix qui provient d'un interphone en arrière fond*] et assurer au mieux ce poste de surveillante, j'ai fait quelques petites formations encadrement d'une équipe. Enfin bon, ce que pouvaient proposer à l'époque des sociétés comme \*\*\*\* ou \*\*\*\*\*.

**Moi :** Ca c'était une fois que vous étiez déjà professionnel.

**Mme. A\* :** Une fois que j'étais en poste, oui. Et puis après tout au long de ma carrière, on a quand même des possibilités de faire des formations en interne, hein. Là on a fait toute une formation destinée aux trio de pôles où les cadres étaient...les cadres de proximité étaient inclus dans cette formation. Où on a fait des formations sur le management, sur le process com', et cætera, et cætera. Donc on offre quand même des formations qui nous aident, qui nous aident.

**Moi :** Oui.

**Mme. A\* :** Mais euh... Bon la formation c'est une chose mais y'a aussi beaucoup de... inné. Enfin c'est comme ça que je le vis, que je le vois. Parce que je crois que, quand on encadre une équipe, bon ce qu'on nous apprend à l'Ecole c'est bien mais ce qui nous sort des trappes c'est bien aussi [*sourire*].

**Moi :** Très bien [*rires*]. Vous m'avez dit que vous êtes passé du jour en lendemain surveillante. Mais c'est sur votre volonté à ce que j'ai compris.

**Mme. A\* :** Oui ! Oui ! J'ai postulé, j'ai postulé hein !

**Moi :** Quelles étaient alors vos raisons...

**Mme. A\* :** Alors mes raisons... Les raisons qui m'ont poussé à postuler c'est que j'aimais bien euh... Bon je suis quelqu'un qui suis très carré dans ce que je fais, perfectionniste et ça me pourri parfois un peu la vie. Et euh j'aime bien organiser. Et puis j'aime bien aussi soumettre des idées d'amélioration, d'organisation

et cætera. Donc c'est ce qui m'a poussé. Et ce qui m'a aussi poussé à postuler sur ce poste à l'époque, c'est que on ouvrait une nouvelle modalité et le challenge, c'était de faire tourner la machine ! Et de former toute l'équipe derrière ! Y'avait ce côté proximité avec l'équipe qui moi me passionnait et qu'on n'a plus du tout aujourd'hui. Parce qu'aujourd'hui on est coincé derrière nos bureaux à faire de l'administratif à longueur de journée. Et on est plus derrière les équipes. Et ça je trouve que c'est vraiment dommage. Ca ne reste que mon point de vue. Je sais qu'il y a 80% de mes collègues cadres qui ne partagent pas ce point de vue.

**Moi :** Autant que cela ? *[ton étonné]* Enfin vraiment dans cette proportion ?

**Mme. A\* :** Oh y'en a beaucoup ! Parce que quand on est cadre il faut être dans le faire faire et non pas dans le faire. Mais moi je ne suis pas d'accord. Parfois pour savoir ce que vit l'équipe, il faut être dans le faire.

**Moi :** Oui ça m'étonne un peu un pourcentage aussi grand.

**Mme. A\* :** Ah oui. Quatre-vingt c'est peut-être beaucoup mais au moins soixante-dix. Largement plus que 50 au tout cas. Largement plus.

**Moi :** Et pourquoi la fonction publique hospitalière ? Pourquoi pas le privé ?

**Mme. A\* :** Alors. J'ai commencé ma toute jeune carrière de manip' dans le privé. Dans un cabinet privé à \*\*\*\*. Donc euh, en sortant de l'Ecole hein. Parce que moi mon objectif étant issu de l'Ecole de \*\*\*\*, c'était de postuler au Centre Hospitalier de \*\*\*\* qui ouvrait en 80 quand je suis sortie. Donc j'étais quasi certaine qu'on allait m'embaucher à \*\*\*\*. J'ai postulé seulement on m'a refusé parce que j'ai des problèmes de dos, de colonne vertébrale. On m'a refusée. Donc bah pour moi ça a été une grande déception parce que moi je voulais travailler à l'Hôpital. Pourquoi. Bah parce que j'aime bien travailler en équipe déjà, en grosse équipe. Et puis bon bah, à l'Hôpital c'est là qu'on reçoit les blessés, les gros malades... Donc c'est aussi important de prendre soin des autres et de leur apporter tout ce qu'on peut leur apporter ! Enfin moi c'est mon rôle de soignant qui me faisait dire ça. Et donc quand j'ai su que je ne serai pas acceptée à l'Hôpital \*\*\*\*, j'ai envoyé des lettres de candidature un petit peu dans tous les environs. Et euh... entre-autre à \*\*\*\* où on m'a embauchée sur un poste fixe, dans un cabinet privé. Au bout d'une semaine j'ai tout de suite vu que je ne m'y plairais pas parce que je ne mettais pas mes trois...mes deux années de formation à profit parce qu'à l'époque c'était deux ans. Je faisais tout les jours la même chose et puis euh... dans le privé fallait faire aussi un peu de secrétariat, fallait faire avant de partir le ménage... Non pas que je suis contre parce qu'en structure hospitalière on en fait aussi. Mais y'avait pas ce que je recherchais, la petite poussée d'adrénaline de temps en temps quand on reçoit le poli-traumatisé *[frappe dans ses mains]*. Je trouvais pas ça. Donc euh... comme lorsque j'ai passé ma pratique dans le cadre de mon diplôme d'Etat, c'était le chef de service d'ici qui m'a fait passé ma radio de genoux face et profil... J'men rappelle très bien hein, c'est la pratique que j'ai eu à mon DE... Et qui m'avait dit et bien écoutez mademoiselle, vous nous avez envoyé une lettre de candidature. Sachez qu'en ce moment j'ai des congés de maternité, je peux vous prendre en remplacement sur un congé maternité. Donc j'ai entendu son offre mais par contre, mais je l'ai refusé puisque je m'étais déjà engagée auprès de \*\*\*\*. Donc quand je me suis aperçue très rapidement qu'à \*\*\*\* je ne m'y plairais pas, j'ai rappelé ici. Mais j'ai pris la précaution de faire ma visite médicale avant de donner ma démission à \*\*\*\*\* *[rires]*. Et ici on m'a embauché, sans difficulté, sans problème. On ne m'a même pas parlé de mon dos. Et je ne l'ai pas caché hein. Mais bon c'est tant pis pour \*\*\*\* parce que je pense qu'ils ont perdu un bon élément hein *[sourire]*. Et tant pis pour eux !

**Moi :** *[rires]*. Et bien voilà ! Et donc aujourd'hui, comment vous estimez vous former au quotidien dans l'exercice de votre métier, même si vous avez jusque-là déjà eu l'occasion de me l'évoquer rapidement.

**Mme. A\* :** Alors y'a le terrain qui est très formateur déjà. Le quotidien, le vécu au quotidien. Ca, déjà c'est formateur. Et puis aussi ce que je vous disais tout à l'heure toutes les formations internes qui sont quand

même très intéressantes. Mais je m'aperçois quand même d'une chose c'est que... là par exemple on a eu tout un cursus de formation l'année dernière et l'année d'avant. Moi j'en ai fait six ou sept. Mais il faudrait au retour avoir le temps de reprendre les documents et de s'y replonger. Or, moi je suis toute seule dans le service pour gérer... *[me montre son planning]* Vous voyez tout ce nombre de personnels là hein. Une dizaine de salles radios... Enfin c'est énorme ! On était deux cadres pendant vingt ans. Maintenant je suis toute seule depuis 2010, ça a été un choix de l'établissement de supprimer un des deux postes de cadre. Mais aujourd'hui j'ai l'impression de tout survoler et de ne rien faire à fond. Et ça c'est frustrant ! Ca c'est frustrant. Parce que là vous voyez mes formations je ne les ai pas rangées hein *[me montre une pile de feuilles sur son bureau]*. Elles sont là, toutes prêtes. Mais j'ai pas le temps d'y retourner. Et je vous avais que le soir, après ma journée, quand j'ai passé douze heures ici, j'ai pas envie de faire ça chez moi. Pendant des années j'ai emmené du boulot à la maison mais maintenant c'est fini. Je suis trop vieille pour ça.

**Moi :** Et sans indiscrétion, vous avez quel âge ? *[rires]*.

**Mme. A\* :** J'ai 53 ans, j'ai 53 ans, ouai.

**Moi :** Et donc combien d'années en tant que cadre, enfin cadre pour le nom qu'on lui donne aujourd'hui.

**Mme. A\* :** Et bien ça va faire 23 ans cette année. Puisque ça fera 34 ans au mois d'août que je suis dans la maison. Donc euh...

**Moi :** Ca commence à faire quand même *[rires]*.

**Mme. A\* :** Oui ! *[rires]* Vous avez le droit de le dire ! Ca commence à faire ! Bon euh, j'ai cherché à un moment à partir parce que... Bon j'ai eu quelques difficultés avec un chef de service ici. J'ai cherché à partir. Et j'ai postulé à un poste de cadre en Hygiène ici. Bon, ça c'est pas fait parce qu'à l'époque on recrutait un cadre infirmier et pas un cadre manip' radio. Maintenant ça s'est un petit peu plus ouvert donc je pourrais peut-être être prise, j'en sais rien. Bon ayant fait au préalable une formation adéquate. Mais euh... Et au jour d'aujourd'hui bah c'est vrai que je commence à m'essouffler, je commence à vieillir. (silence). Et j'ai pas envie d'aller vers l'inconnu donc voilà. Maintenant je pense que je finirai pas carrière ici.

**Moi :** D'accord. Et d'un point de vue de l'organisation du travail, est-ce que vous avez des temps de réflexion en collectif ? Alors ça peut impliquer entre cadres mais aussi pluridisciplinaire... Est-ce que vous avez des temps comme cela qui sont clairement définis dans l'emploi du temps...

**Mme. A\* :** Non. On a des réunions, des réunions institutionnelles, des réunions cadres, tous cadres même. Mais d'autres réunions pour réfléchir sur des sujets bien précis, non.

**Moi :** Pas du tout ? Vous n'avez pas de système de staffs...

**Mme. A\* :** Moi dans le service, on a un staff tous les mois où c'est euh... On balaye un tas de points. Si y'a un point à voir sur l'IRM, on parle de l'IRM... Mais ça peut être de l'information, ça peut être aussi des questions de l'équipe par rapport à... l'organisation et cætera. Après quant on a une salle à changer ou autre, là on s'accorde des temps dans le service. Mais au sein de l'institution, y'a pas de... Non. Au sein de la l'institution... Entre cadres je veux dire y'a pas.

**Moi :** Et avec votre équipe vous, comment vous procédez ?

**Mme. A\* :** Moi avec mon équipe, quant on a besoin de temps... Vous voyez par exemple on a fait la semaine dernière une réunion avec les secrétaires, on s'est fixé après un temps de réflexion. Là on s'est fixé un créneau où on s'est bloqué une heure et demi à deux secrétaires plus moi. Parce qu'il fallait qu'on trouve une organisation donc là on s'est donné les moyens, on s'est donné du temps. Et ça je trouve qu'au



sein de l'institution ça manque ! Ça manque parce que bah... chacun fait sa petite salade dans son coin sans voir si sa salade a une conséquence, une incidence sur l'organisation des autres [*frappe sur la table avec ses mains*]. Et parfois on s'aperçoit qu'il y a des choses qui pêchent. Je vais vous donner un exemple. Il y a peu de temps, on a ouvert une structure qui s'appelle \*\*\*\*\*, au sein de l'établissement. Et donc ça a entraîné des déménagements au sein de la Tour, parce que ce bâtiment là on l'appelle la Tour. Et donc ça a entraîné entre autre que l'activité EG dont je suis responsable, les enregistrements électro-encéphalographiques, euh... Le EG a été déménagé. Et bien tout été bouclé sans même que je le sache. Je l'ai appris dans un couloir que le EG allait déménager. Alors forcément, aujourd'hui, l'équipe a déménagé avec une pièce beaucoup plus petite, des conditions de travail nettement moins bonnes que ce qu'elles avaient avant. Et euh, et bien moi en tant que cadre, on m'a mis devant le fait accompli. Et je me suis battue pour essayer d'améliorer un peu les choses mais... Mais y'a rien à faire hein. Et ça c'est terrible.

**Moi :** Et quels peuvent être alors les bénéfices de ce type de temps collectifs ? Vous m'avez évoqué une meilleure collaboration avec les autres services. Mais selon, dans votre pratique, est-ce que ces temps ont des avantages ?

**Mme. A\* :** Oui, parce que je pense que ça... Enfin moi ça me ferai gagner de l'énergie après quoi. Parce que là je vois certaines fois, l'énergie qu'il faut dépenser pour certains sujets. Faut relancer les gens plusieurs fois de suite. Mais c'est considérable, c'est considérable. C'est considérable cette énergie qu'on dépense bêtement au quotidien ! Mais je crois que c'est dans tous les domaines pareil. C'est pas spécifique à notre service. Enfin je crois pas. J'ai l'impression que mes collègues dépensent aussi une énergie folle parfois pour des bêtises quoi. Tout ça parce qu'on n'est pas informé de certaines choses ou parce qu'il y a une décision qui est prise parce qu'il y a **UNE** seule personne qui a pensé qu'il vaudrait mieux faire comme ça plutôt qu'autrement. Et ça c'est pesant.

**Moi :** Et donc aujourd'hui, comment vous parvenez à assumer vos responsabilités ?

**Mme. A\* :** Et bien là, je crois que des fois si j'explose pas c'est dû aux privilèges de l'âge parce que je me dis, pfff, de toute façon... Là pour le EG j'ai fini par dire, bon, vous nous l'imposez. Et bien on va faire avec ce que vous nous imposez mais sachez que c'est pas dans des conditions correctes. Et moi ça m'ennuie beaucoup pour mon équipe parce qu'elles avaient de bonnes conditions et on a dégradé leurs conditions de travail. C'est ça qui... C'est pour mon équipe que moi je me bats. A la limite je me bats plus pour mon équipe que pour moi parce que moi à la limite, des fois je le dis, la galère où je suis aujourd'hui avec ce poste de cadre, je l'ai voulu. Mais pour tout vous dire, aujourd'hui on me proposerait un poste de cadre, je n'en voudrait pas ! Manip' référent oui. Ou manip' avec quelques responsabilités, ou manip' PCR comme je peux avoir oui. Des manip' qui prennent quelques dossiers en charge, ça d'accord. Mais aujourd'hui je ne serais pas cadre de service. Non, ça c'est sûr que non. Ça c'est sûr que non parce que... Et je dois dire que dans l'équipe que j'ai, y'en a aucune qui... Parce qu'ils savent que dans, allez on va dire dans maximum dis ou neuf ans... Y'en a qui pourraient commencer à ce dire, bah tiens quand elle va partir... Parce que j'ai pleins de jeunes hein... Quand elle va partir je pourrais peut-être prendre sa succession. Mais quand ils voient la vie qu'on a dans le service, bah ils en veulent pas. Ils en veulent pas du poste de cadre ! (silence).

**Moi :** Très bien. Et du point de vue de votre pratique personnelle, est-ce que vous avez des temps... Enfin déjà est-ce que vous estimez avoir le temps et est-ce que vous prenez le temps pour vous posez j'ai envie de dire, pour vous arrêter quelques minutes pour réajuster votre pratique ?

**Mme. A\* :** Ça m'arrive quand je sens que j'arrive plus à faire face à tout. Là je me dis, bon allez \*\*\*\* là ça va plus du tout, il faut que tu te ressaisisses. Donc là, dans ces cas là je ferme ma porte, j'arrête le téléphone. Et puis je me fais un planning de travail si vous voulez, pour essayer de me recadrer. Parce que si on veut, on est alpagué dans tous les sens, le téléphone il sonne cinquante fois par jour. On est sans arrêt déranger, sans arrêt, sans arrêt. La messagerie, on a soixante messages par jour. Enfin c'est un minimum. Avec plein de trucs à lire mais moi, je n'ai pas le temps de lire ! Notre directrice des soins nous envoie tous les jours un tas de trucs à lire. Moi je n'ai pas le temps de les lire, je n'ai pas le temps de les lire [*frappe sur la table avec ses mains*].



**Moi :** Et ça vous arrive régulièrement ces temps-là où vous stoppez un petit peu ?

**Mme. A\* :** Non, non. Ca m'arrive pas souvent. Moi ce que je fais pour essayer de travailler efficacement, c'est que j'arrive tous les matins très tôt. Je suis là en général tous les matins à sept heures trente. Euh... je suis rarement partie avant dix-huit heures. Donc ça fait des grandes journées, où on arrête pas beaucoup quoi. Donc là, le matin, tôt, je peux travailler efficacement parce que le téléphone ne sonne pas encore. Quoi que... L'équipe sait que j'arrive de bonne heure donc des fois ils m'appellent. Mais enfin en général quand ils m'appellent, c'est pour me dire qu'ils sont malades et qu'ils viendront pas. Donc dans ces cas-là, il faut que j'organise et donc le temps que j'avais à travailler et bah je le fais à autre chose. Mais euh...oui moi j'aime bien travailler le matin de bonne heure parce que l'équipe est pas arrivée et le téléphone ne sonne pas quoi.

**Moi :** Et ça vous arrive lorsque vous sortez du travail, le soir, de repenser à votre journée... Ce qui a été, ce qui n'a pas été...

**Mme. A\* :** Ah oui. Moi je dors pas bien donc je travaille beaucoup la nuit [*sourire*]. Mais des fois la nuit, j'ai des idées géniales !

**Moi :** [*rires*] L'inconscient qui...

**Mme. A\* :** Bah oui, voilà ! Voilà comment faut faire. Ou alors, ah mais j'ai oublié de faire ça ! Ah oui, moi je travaille beaucoup la nuit.

**Moi :** Et alors quelles représentations vous avez sur la place et le rôle du cadre de santé, aujourd'hui ? Vous m'avez donné quelques petits éléments. Mais si je vous demandais d'établir les grandes responsabilités qui sont selon vous celles du cadre de santé et les éventuelles difficultés, qu'est-ce que vous me répondrez ?

**Mme. A\* :** Alors. Le cadre de santé euh... Bon, on augmente toujours les strates dans le milieu hospitalier. Moi quand je suis arrivée ici en tant que manip', y'avait donc un surveillant-chef à l'époque comme je vous le disais, et puis après y'avait le directeur. Après on a vu la direction des soins apparaître, mais nous on dépendait pas encore à l'époque de la direction des soins. Donc moi je dépendais de mon cadre supérieur. Après euh... quand ce cadre supérieur est parti en retraite, il a été remplacé par un cadre de proximité. Donc à l'époque nous étions deux hein, puisque moi mon poste avait été créé à l'ouverture du scanner comme je vous le disais. Donc euh... quelques temps après on a été relié à la direction des soins. Donc là, une strate de plus après le directeur. Maintenant on a le cadre supérieur. Donc c'est très, très compliqué. Bah la direction des soins d'ailleurs, on la voit pratiquement plus jamais parce que.... En lien directe pratiquement plus jamais parce que lorsqu'on a quelque chose à régler, c'est avec le cadre sup'.

**Moi :** Mais c'est très compliqué, c'est-à-dire ? Qu'est-ce qui est compliqué ?

**Mme. A\* :** Alors. Moi je trouve que plus on augmente le nombre de couches, et plus c'est compliqué pour avoir une réponse à une question par exemple. [*Frappe dans ses mains*]. Parce qu'on pose la question au cadre sup', qui doit poser la question à la direction des soins et une réponse, il y a quelques années on aurait pu avoir dans les trois heures, il faut attendre trois jours maintenant. Moi je trouve que plus on augmente les strates et pire c'est quoi. Par contre, le fait d'avoir un cadre sup', c'est pas mal parce que moi si j'ai un souci euh... lambda, je me réfère à mon cadre sup' quoi. Je vais pas dire que je me décharge mais au moins j'ai quelqu'un à qui en parler hein. Parce que c'est pas ici la chef de service qui a le temps en plus d'entendre les difficultés que le cadre de santé peut avoir.

**Moi :** Quelles sont alors selon vous les grandes responsabilités du cadre ?

**Mme. A\* :** Bah on a toute la responsabilité organisationnelle du service. Parce que c'est à nous

qu'incombe une bonne organisation. Et puis on a, derrière l'organisation, on a les recettes que peut faire le service hein. Parce que maintenant, à l'heure de la T2A, on travaille à l'acte et on travaille à la recette quoi. Donc euh... Il est sur que si on s'organise pas bien et qu'on ferme une salle parce qu'il n'y a pas de manip' ou que les vacances sont males posées, forcément ce sera un manque à gagner pour l'établissement. Donc les responsabilités sont multiples et variées. Mais c'est un poste qui est très, très exposé je trouve. Parce que si... dès qu'il y a quelque chose qui va pas, hop, c'est le cadre. Oui. (silence).

**Moi :** Et au niveau de votre équipe puisque là il s'agissait de la hiérarchie, comment vous qualifiez le type de management que vous mettez en place avec eux ? Comment vous vous organisez...

**Mme. A\* :** Bah moi j'ai des grandes lignes directrices en ce sens que j'ai un service à faire tourner quand même avec différentes salles radio. Donc moi il me faut un quota minimum de personnels par jour, par poste et par temps-horaire dans la journée, parce que moi le service, il est ouvert 24h sur 24. Donc j'ai euh... j'ai une trame de travail annuelle. Et après et bien je l'adapte en fonction des congés des agents. Mais moi j'ai pas un... Enfin je ne pense pas. Non, j'ai pas un management directif. J'ai plus un management participatif. Je suis à l'écoute des propositions de l'équipe parce qu' **UN** seul humain ne détient pas toute la vérité. On pense plus dans deux têtes que dans une et moi je suis ouverte à ce que peut me proposer l'équipe. Et je vais jamais leur dire non, de toute façon c'est moi le cadre, c'est moi qui décide. Non, ça c'est pas du tout dans ma façon de faire. Moi j'ai plus un management participatif que directif.

**Moi :** Et donc ces temps de management, vu que vous m'avez dit qu'il n'y avait pas de temps collectifs, ces échanges se font où ? Dans le couloir comme vous sembliez l'évoquer ?

**Mme. A\* :** Alors. Ca, j'ai certainement un tors de ne pas cadrer mieux les choses parce que je suis sans arrêt dérangée. Hop, y'en a une qui vient me voir en me disant, ah bah tiens \*\*\*\*, j'ai fait un changement pour tel jour avec untel et puis trois minutes après une autre... Et je suis sans arrêt dérangée. Mais c'est difficile d'organiser des temps comme ça parce que c'est... c'est une rigueur supplémentaire et des freins supplémentaires, Parce que ... Vous savez, ici on est un service qui accueillons les patients quand ils arrivent quoi. On accueille les urgences, on a un programme donc euh... C'est difficile de s'accorder du temps comme ça. Où alors avec une ou deux personnes mais... Déjà je vois moi le staff que j'organise tous les mois... On organise un staff tous les premiers lundis du mois... De treize heure trente à quinze heures à peut-être, et j'ai jamais tout le monde. Parce qu'il y en a qui boycottent cette réunion. Y'a des médecins qui boycottent cette réunion. Qui planifient des examens. Donc forcément comme y'a des examens de planifier bah la manip' qui est en salle, elle ne peut pas venir à la réunion. Et puis euh... et puis bon, dans la mesure où je fais toujours un compte-rendu, bah les gens ils se disent, bon je peux pas être là. Et bah je lirai le compte-rendu. Mais c'est vrai que je devrais peut-être m'accorder plus de temps... En mettant un panneau [*me montre la porte avec sa main*], voilà, je serai disponible pour vous recevoir... Mais là ça fait très hiérarchique je trouve et moi j'aime pas ça. Ouai.

**Moi :** Et les relations avec cette équipe, quelles relations vous estimez entretenir ?

**Mme. A\* :** Moi je trouve qu'elles sont plutôt bonnes. Bon vous serez venu y'a une heure, y'en a une qui râlait parce que j'ai sorti le planning de mars ce matin, et je l'ai mise un soir alors qu'elle ne voulait pas travailler du soir. Et elle en a fait tout un patacasse [*sourire*]. Mais bon, elle n'est pas venue de voir encore. J'attends qu'elle vienne. Je l'entendais raller auprès de ses copines. Ouai ! Elle m'a foutu encore du soir ! [*rires*]. Voilà mais bon, je l'attends. Mais bon, moi j'ai un service à faire tourner hein. C'est sur, elle a des contraintes personnelles, son mari il est médecin. Il a des gardes. Mais bon. Moi je peux pas tenir compte des contraintes de trente-cinq manip', c'est pas possible. J'essaie de faire un planning équitable, avec à peut-être le même nombre de soir dans le mois et dans l'année. Mais après euh... faut que je fasse tourner le service [*frappe sur la table avec ses mains*]. Voilà. J'entends leurs difficultés. Et moi ces difficultés-là, je les ai rencontré quand mes enfants étaient jeunes. Et à l'époque j'avais un mari qui ne rentrait pas le soir. Et je me débrouillais quoi, je me débrouillais. On trouve toujours des solutions. Je peux pas entendre les difficultés de trente-cinq personnes. Enfin je les entends bien sur mais pour une journée...

Ce serait pour une semaine du soir. Bon bah écoutes, cette semaine-là tu m'as mise du soir \*\*\*\*\*... Ca arrive hein. Y'en a une qui peut pas être du soir les semaines impaires par exemple. Bon bah on s'arrange pour bouger ses semaines du soir pour ne pas qu'elle ait de problèmes familiaux. Non, non, dans l'équipe y'a quand même une très bonne ambiance. Moi je suis euh... Quant elles viennent me demander un changement, je suis... j'essaie toujours d'être arrangeante parce que moi quand je suis en difficulté, j'aime bien les trouver quand même. Là par exemple y'a une qui devait rentrer d'un congé maternité hier, et qui m'a dit... Qui m'a appelé vendredi en fin de matinée en me disant bah \*\*\*\*\* , je rentrerai pas, je suis prolongée de trois semaines. Elle était de garde ce weekend, il a fallu que je trouve quelqu'un pour le weekend, et pour la semaine prochaine. Donc bon, moi je trouve que si on est pas sympa avec l'équipe, l'équipe ne sera pas sympa avec nous. Faut que ce soit du donnant-donnant. Enfin moi c'est comme ça que je le vois. Et je trouve que ça fonctionne pas mal.

**Moi :** Et avec l'équipe médicale ? La direction, on l'a évoquée mais l'équipe médicale, avec les médecins, comment ça se passe ?

**Mme. A\* :** Alors. Moi j'ai la chance d'avoir une chef de service qui est géniale. Qui de temps en temps explose. Mais c'est quelqu'un qui est géniale, qui est beaucoup dans l'organisation, qui est pleine d'idées. Et qui, bah même si à un moment elle va râler, trois minutes après c'est oublié quoi. Et elle vit vraiment pour le service. Et on fait un bon binôme toutes les deux parce que l'une comme l'autre, on axe notre vie sur le service, et pas l'inverse quoi, hein. Pas l'inverse. Mais je veux dire, on donne toute notre vie pour le service quoi. Parce que y'en a qui axe leur vie sur le service, mais à l'inverse quoi. Nous, on donne toute notre vie pour le service. Mais bon, on a peut-être tord hein. Mais moi c'est vrai que ça occupe une grande partie de mes journées mais c'est mon choix. Euh... Globalement avec les médecins, ça se passe bien. Bon y'en a une radiologue où c'est un petit peu plus compliqué parce qu'elle est carrément très égoïste et c'est tout pour elle, et rien pour les autres. Et c'est son petit planning à elle et puis les autres, ils bouchent les trous sur les vacances qu'elle ne veut pas mais bon euh... Globalement avec le reste de l'équipe, avec les huit autres médecins, ça se passe très bien.

**Moi :** Très bien. Bon il me semble que vous y avez plus ou moins répondu à cette question mais je vais vous la reposer peut-être pour y apporter quelques compléments de réponse... Quand vous rencontrez des difficultés de management, par exemple avec la personne qui n'était pas contente du planning, comment vous procédez généralement ?

**Mme. A\* :** Alors... Là je pense que pour un problème comme ça, ça va se régler hein. Parce que je vais la mettre devant le fait accompli. Je vais prendre quand même les devants, je vais sortir quelques petites statistiques de l'année dernière mais bon, en lui mettant son nombre de soirs par rapport à ses collègues.

**Moi :** [rires]

**Mme. A\* :** Et sinon j'ai eu un conflit l'année dernière avec une manip'. Et qui s'est bien réglé... Enfin qui a fini par se régler. Mais j'ai souhaité que la cadre sup' intervienne quand même. Et ça s'est très bien passé, très bien passé.

**Moi :** Intervienne, c'est-à-dire ?

**Mme. A\* :** Disons qu'on a... on a fait le point. Enfin j'ai fait le point avec cette manip' mais j'ai souhaité que la cadre sup' soit là aussi pour lui donner son avis, par rapport à... Euh, je suis pas rancunière du tout vous voyez parce que j'ai même oublié le sujet de notre désaccord. Euh... je ne suis même pas du tout rancunière car j'ai totalement oublié le sujet de notre désaccord mais enfin. Mais bon, ça s'est réglé et y'a pas eu de problèmes particuliers quoi. Mais bon, maintenant que j'ai une cadre sup', si j'ai besoin, je vais chercher.

**Moi :** Et elle répond...

**Mme. A\*** : Ah oui ! Ah oui, très bien. Oui, oui, oui. Elle répond, il n'y a pas de soucis. Non, non j'ai une cadre sup' qui est très disponible et y'a pas de problème. C'est quelqu'un qui est de la filière infirmière mais qui... qui me fait confiance déjà. Qui me fait confiance sur ce que je peux faire dans le service. Elle n'est pas du tout sur mon dos. Elle vient me voir régulièrement mais euh... Elle sait que si j'ai une quelconque difficulté, je vais lui en parler et euh...

**Moi** : Parfait ! Maintenant si on aborde un peu plus spécifiquement la notion de qualité de vie au travail, ou du côté noir, les risques psychosociaux [*sourire*], quelle expérience vous avez en tant que praticienne ?

**Mme. A\*** : Ah oui, moi je trouve quand même que quand on a ce... Ce type de poste et de responsabilités, euh... On se repose pas bien toutes les nuits quand même hein. Des fois, y'a tellement de choses, ne serait-ce qu'à penser. A penser, à organiser, à... Là, il va y avoir encore un point qui, tous les ans c'est galère, c'est la planification des congés d'été. Parce que ça fout une ambiance pas possible dans le service parce que tout le monde veut les mêmes horaires. Donc les gens se bouffent le nez. Et ça c'est dure, ça c'est dure. Et encore, moi je pense que je n'ai pas la même problé... Il serait intéressant que vous rencontriez quand même un cadre d'un service de soins parce que moi, avec la spécificité de notre métier, si vous voulez j'ai une équipe qui est... j'vais pas dire pléthorique mais qui est quand même en nombre. Parce que si j'ai des arrêts, faut qu'elles s'auto-remplacent. D'accord. Dans les services de soins, ils travaillent quand même beaucoup plus à flux tendu que nous. Et je discutais par exemple hier avec mon collègue des urgences. En ce moment les urgences, là, depuis quinze jours, c'est de la folie. Ça ne désemplit pas. Qui me disait mais...va falloir qu'on trouve une solution parce que mon équipe à moi, elle est en train d'exploser. Et ça, je crois que quand on est cadre, on le vit mal. Quand on sent que son équipe est pas bien, on le vit mal. Quand on sent que son équipe fait le maximum et que de toute façon on apporte pas entière satisfaction au patient hein... Parce que quand ils sont aux urgences et qu'on les fait attendre cinq heures, six heures, sept heures ou huit heures au plus sur un brancard, on ne peut pas être satisfait de sa prise en charge. Mais si on y est pas intimement... Si on y est pas complètement responsable. Mais on peut pas être satisfait de tout ça. Et moi je trouve que... enfin j'ai l'impression que les cadres dans les services de soins sont encore plus en souffrance que moi. J'ai l'impression. Mais je pense que ça vaut le cout que vous alliez interroger un cadre qui... Bon, prenez pas un cadre qui sort de l'Ecole car il n'a pas encore beaucoup de recul mais prenez quelqu'un qui a déjà dix ans ou quinze ans d'expériences et... Et voir son équipe en souffrance, c'est douloureux pour un cadre hein, c'est douloureux.

**Moi** : Donc aujourd'hui, est-ce qu'on peut dire que vous êtes épanouie ?

**Mme. A\*** : Ah moi je suis épanouie dans ce que je fais ! Oui, oui. Non, non, moi je suis épanouie dans ce que je fais. J'aime bien ce que je fais euh... Moi, mon équipe, c'est ma deuxième famille hein. Non, non, moi je suis épanouie dans ce que je fais, mais parfois c'est lourd quoi. Parfois c'est lourd. Je me dis que des fois, mes épaules sont pas assez larges pour supporter tout, tout ce qu'on nous demande quoi. Et dans enquêtes par-ci, et des enquêtes par là. C'est lourd ! Des fois, j'ai l'impression d'être le chien de meute qui tire le traineau qui pèse une tonne ! Mais je reste épanouie dans ce que je fais, parce que déjà j'ai la chance d'avoir un travail. J'ai un travail qui me plaît. La seule chose qui me frustre, c'est de ne plus être dans la proximité avec l'équipe. Ca, ça me frustre.

**Moi** : D'accord. Et est-ce que vous avez le sentiment d'être soutenu véritablement ? Alors par votre cadre supérieur, vous me dites que oui, vous pouvez compter sur elle.

**Mme. A\*** : Ma cadre sup', oui.

**Moi** : Mais par les autres collègues, est-ce que vous avez le sentiment d'être reconnue et légitimée dans...

**Mme. A\*** : Oui, oui. Je pense que oui. On est reconnu et légitimé dans l'exercice de nos métiers, parce que nos strates supérieures savent bien que de toute façon, que si on est pas là ça va pas tourner... Je vais pas dire aussi bien, mais ça tournera pas... Ce sera pas pareil quoi, hein. Ce sera pas pareil ! Parce qu'on est quand même le nœud de l'équipe là hein. C'est quand même le cadre de proximité qui organise, qui

réajuste quand il faut réajuster, qui... Et ça c'est bien compris par la direction. On le voit bien d'ailleurs les services qui naviguent quelques mois sans cadre, c'est difficile hein. Parce que ça arrive, y'a des services où y'a pas de cadre et c'est difficile quand même.

**Moi :** Est-ce qu'on peut dire aujourd'hui que vous vous connaissez parfaitement en tant que professionnel ?

**Mme. A\* :** Je me connais moi, en tant que professionnel ?

**Moi :** Oui, vous.

**Mme. A\* :** Oh bah oui. Oui, oui. Je me connais. *[frappe sur la table avec ses mains]*. Je borne mes compétences, je connais mes points faibles.

**Moi :** Et en tant que personne dans sa globalité, est-ce que aujourd'hui vous vous connaissez pour ce que vous êtes, votre personnalité, vos défauts...

**Mme. A\* :** Oui, oui, oui. Je connais ma personnalité, je connais mes défauts. Ce que je me reproche c'est que le travail empiète encore trop sur ma vie perso quoi. J'arrive pas quand je parts le soir à fermer la porte et puis à oublier tout ce qui se passe ici quoi. Et encore, y'a du mieux par rapport à il y a quelques années mais euh... Mais bon, on est forcément parasité par notre quotidien. Surtout que moi je suis quelqu'un qui vit seule. Donc quand je rentre chez moi ce soir, j'ai que à penser à ma journée de travail. Je peux... Voilà. Ça revient facilement hein. Moi c'est vrai que mon boulot c'est quelque chose qui me préoccupe euh... je vais pas dire à longueur de journée mais pratiquement quoi.

**Moi :** Et donc en quelques mots, comment vous vous définiriez aujourd'hui ?

**Mme. A\* :** (silence). Fatiguée quand même ! *[rires]*.

**Moi :** Ca c'est un bel adjectif ! *[rires]*.

**Mme. A\* :** Mais me qualifier par rapport à quoi ?

**Moi :** Qui êtes-vous en quelques mots.

**Mme. A\* :** Et bah je me qualifierai euh... comme quelqu'un de... (silence). Compétent dans ce qu'il fait parce que je pense avoir les compétences pour ce que je fais. Quelqu'un de serviable. Quelqu'un qui aime prendre soin de l'autre, et ça je pense que quand on est à l'hôpital c'est important. C'est important. Et moi c'est vrai que j'essaie toujours, toujours d'arranger les équipes au niveau des plannings parce que... Donc je suis aussi quelqu'un d'arrangeante. Parce que encore une fois je vous le redis mais quand on est arrangeant, l'équipe en général s'en rappelle et renvoie la balle quand on a besoin quoi.

**Moi :** D'accord. Et au sein de votre établissement, y a-t-il des personnes, des dispositifs... des ressources qui ont été identifiées et qui sont à votre disposition si jamais vous-mêmes ou bien n'importe quel autre personnel craque ?

**Mme. A\* :** Y'a une psychologue du travail qui je crois est à vingt pourcent. Donc pas beaucoup. Mais c'est vrai que quand on est pas bien... Parce que moi j'ai eu une période où j'étais pas bien. D'ailleurs j'ai une période où j'étais arrêtée parce que j'ai fait une dépression. Ça remonte un peu mais ça laisse des séquelles. Là, on se sent un peu seul dans ces cas-là quand même. Surtout qu'il faut savoir quelque chose, c'est que quand on est cadre de service... (silence). Et ça moi je le ressens beaucoup plus depuis que je suis toute seule, on est quand même vraiment seul. Parce qu'on peut pas exposer toutes ses difficultés à l'équipe. Les médecins ont autre chose à faire. Le chef de service l'entendrait un petit peu mais bon, elle a aussi autre chose à faire, elle est médecin. Euh... Bon depuis qu'on travaille en pôle, on se connaît un petit

531 peu mieux. Parce que c'est vrai qu'avant qu'on soit en pôle, moi je connais pas mes collègues. Mais  
 532 n'empêche que si j'ai une grosse difficulté, je crois que j'aurai des difficultés à aller en parler avec mes  
 533 collègues du pôle quoi, hein. Mais on est un peu seul quand même dans cette fonction hein. On est un peu  
 534 seul.

535  
 536 **Moi** : Ok. Et bien j'ai fait le tour ! Je vous remercie de cet entretien...

537  
 538 **Mme. A\*** : J'espère que vous en tirerez quelque chose !

539  
 540 **Moi** : Bah j'espère aussi !

541  
 542 **Mme. A\*** : Oui, j'espère.

543  
 544 **Moi** : J'ai pas la prétention de changer le monde mais ce serait au moins intéressant de faire peut-être  
 545 prendre conscience de certaines choses.

546  
 547 **Mme. A\*** : Oui, oui. Parce que c'est dur quand même hein. Et c'est vrai que j'aime bien quand quelqu'un  
 548 arrive dans le service parce que c'est un regard neuf, et c'est des idées nouvelles. C'est vrai que c'est bien  
 549 ça parce que nous, on est tellement le nez dans le guidon qu'on voit même plus le B-A-BA des choses quoi.  
 550 Et faudrait pouvoir prendre un peu de recul par moment quoi.

551  
 552 **Moi** : Vous en ressentez le besoin ?

553  
 554 **Mme. A\*** : Ah oui ! Et j'en discuter justement l'autre jour avec la directrice des soins parce qu'il y a eu une  
 555 journée portes-ouvertes le weekend dernier. Moi je lui disais que, ne serait-ce que pour avancer  
 556 correctement dans mon travail, moi j'aimerais bien ne serait-ce qu'une journée de télétravail, ou une demi-  
 557 journée de temps en temps de télétravail. Du travail à la maison, pour au moins ne pas être parasité par le  
 558 téléphone, par quelqu'un qui frappe à la porte et... et par l'interphone pour me dire, \*\*\*\*\* ! Tu peux venir  
 559 en salle 3 !! Mais y'a des journées c'est épouvantable ! Y'a des fois où je leur dis, mais vous l'aurez ma  
 560 peau ! La semaine dernière je leur ai dit au mois trois fois ! Ah ça a été épouvantable. Et puis ça dépend de  
 561 son état aussi. Quand on est fatigué, quand on est pas autant réceptif quoi. On est pas prêt à tout accepter  
 562 quoi. Des fois moi, je suis pas prête à tout accepter ! Parce que vous savez, quand vous faites le maximum  
 563 pour que ça tourne bien et qu'il y a toujours un caillou dans l'engrenage... Comme là, vous avez deux  
 564 médecins sur une porte et qu'il y en a pas un qui veut interpréter. Moi, mon soucis premier c'est que les  
 565 manip' ne soient pas en difficultés. Après les médecins, ils se débrouillent entre eux hein. Moi, je ne  
 566 m'occupe pas des médecins hein. Mais c'est compliqué hein. Pour faire travailler tout ce monde-là  
 567 ensemble, médecins, manip' et secrétaires, c'est chaud hein. Parce que moi tout ça, ça fait quand même  
 568 cinquante personnes donc c'est une grosse équipe. Avec chacun son individualité et son caractère  
 569 [sourire]. Voilà.

570  
 571 **Moi** : Et bien merci beaucoup. Je vais donc transcrire cet entretien et vous le transmettre. Je ne vous  
 572 oblige bien entendu pas à le lire ! Mais si vous le souhaitez, vous pourrez y jeter un coup d'œil et nous  
 573 pourrions échanger de nouveau par la suite si vous voulez.

574  
 575 **Mme. A\*** : Je le lirai !



## Grille d'entretien finale

**Présentation Introductive :** *Qui nous sommes. Quelle est notre thématique de recherche et pourquoi. Dans quel(s) but(s) interrogeons-nous l'interviewé.*

### Thème 1 : Parcours de formation et parcours professionnel.

- **Question 1 :** Pouvez-vous présenter en quelques mots votre parcours de formation ainsi que le(s) profession(s) que vous avez exercée(s) jusqu'à aujourd'hui.
  - ❖ Parcours de formation initial
  - ❖ Formation dispensée à l'IFCS
  - ❖ Autres éventuelles formations continues
  - ❖ Service au sein duquel l'individu travaille
  - ❖ Taille de l'établissement.
- ➔ Quelles sont les raisons qui vous ont poussé(e) à devenir cadre de santé ? Et pourquoi avoir choisi la fonction publique hospitalière ?
  - ❖ Valeurs
  - ❖ Motivations
  - ❖ Représentations
- ➔ Estimez-vous que votre parcours de formation initiale et/ou continue vous ait permis de vous préparer à assumer au mieux les responsabilités liées au métier et si oui, dans quelle(s) mesure(s) ?
  - ❖ Dimension de management
  - ❖ Développement d'un habitus de praticien réflexif
  - ❖ Eventuelle sensibilisation à la qualité de vie au travail et/ou aux RPS.

### Thème 2 : Organisation et conditions de travail.

- **Question 2 :** Comment cela se passe-t-il pour vous en termes d'organisation et de conditions de travail au sein de votre service, et plus généralement au sein de votre établissement ?
- ➔ Quelle(s) représentation(s) avez-vous de la place et du rôle du cadre au sein de l'établissement ?
  - ❖ Dimension de travail dans l'urgence
  - ❖ Situations et/ou demandes paradoxales
  - ❖ Morcèlement des tâches
  - ❖ Actions réalisées pas toujours visibles
  - ❖ Types de responsabilités
- ➔ Quel(s) rapport(s) estimez-vous entretenir plus spécifiquement avec l'équipe de direction, celle médicale, ainsi que les autres cadres de santé?
  - ❖ Relations avec la hiérarchie et avec l'équipe médicale
  - ❖ Relations avec les pairs
  - ❖ Modalités de communication mises en place
- ➔ Existe-t-il au sein de votre établissement des dispositifs ou personnes identifié(e)s comme étant des ressources pour faire face à des situations difficiles ? Si oui, qui sont-ils/elles ?

### Thème 3 : Management.

- **Question 3 :** Parlez-moi un peu plus spécifiquement de votre rôle de manager d'équipe et des éventuelles difficultés que vous pouvez rencontrer pour mener à bien cette mission.
- ➔ Comment qualifieriez-vous le management que vous mettez en place dans votre équipe de soins ?
  - ❖ Type de management : participatif ? responsable ?
  - ❖ Relation avec l'équipe de soin
  - ❖ Place accordée ou non à la communication
  - ❖ Taille/composition de l'équipe.
- ➔ Quelle(s) relation(s) estimez-vous entretenir avec cette équipe de soins ?
  - ❖ Place accordée ou non à la communication
  - ❖ Modalités de communication.

### Thème 4 : Rapport au savoir.

- **Question 4 :** Comment pensez-vous aujourd'hui avoir l'occasion de vous former dans l'exercice de votre profession ? Et quels seraient vos éventuels besoins dans ce domaine ?
  - ❖ Existence ou non d'une pratique réflexive
  - ❖ Modalités de la pratique réflexive développée
  - ❖ Fréquences de la pratique réflexive
  - ❖ Autres modalités d'actions : outils, méthodes, astuces, neutralité de jugement...
  - ❖ Thématiques de formation
  - ❖ Modalités de formation (*formation formelle, non formelle, informelle ; par les pairs, par soi-même, par des formateurs identifiés comme tels...*)
  - ❖ Lieux de formation
- ➔ Participez-vous à des temps collectifs de réflexion qui sont programmés dans l'exercice quotidien de votre métier et si oui, en quoi consistent-il ?
  - ❖ Quand
  - ❖ A quelle fréquence
  - ❖ Avec qui
  - ❖ Sur l'initiative de qui
  - ❖ Par qui sont-ils encadrés
  - ❖ Dimension de pluridisciplinarité ou non
  - ❖ Démarche par projet ou non
- ➔ Quels peuvent être selon vous les bénéfices de ce type de regroupement ?
  - ❖ D'un point de vue individuel, par rapport à soi-même, et les raisons.
  - ❖ D'un point de vue collectif, au sein de l'équipe, du service et plus généralement de l'établissement, et les raisons.
- ➔ Comment procédez-vous individuellement pour ajuster votre pratique au quotidien, dans l'objectif d'assumer au mieux vos responsabilités ?
  - ❖ Existence ou non d'une pratique réflexive
  - ❖ Modalités de la pratique réflexive développée
  - ❖ Fréquences de la pratique réflexive
  - ❖ Autres modalités d'actions : outils, méthodes, astuces, neutralité de jugement...

### Thème 5 : Dimension psychologique.

- **Question 5 :** Quelle est votre expérience des risques psychosociaux en tant que praticien de santé ?
  - ➔ Vous sentez-vous aujourd'hui épanoui dans l'exercice de vos responsabilités et pour quelle(s) raison(s) ?
    - ❖ Existence ou non d'un sentiment de légitimité, d'autorité...
    - ❖ Existence ou non d'un sentiment d'autonomie
    - ❖ Eventuels facteurs de risques psycho-sociaux
  - ➔ Quelle(s) sont selon vous les ressources personnelles dont vous disposez pour faire face à des situations professionnelles qui peuvent être pour vous source de souffrance psychologique ?
    - ❖ Rapport au changement
    - ❖ Capacité d'adaptation aux événements
    - ❖ Capacité d'anticipation...
- **Question 6 :** Comment vous définiriez-vous aujourd'hui ?
  - ➔ Estimez-vous aujourd'hui vous connaître parfaitement en tant que professionnel ? Et en tant que personne dans sa globalité ?
    - ❖ Les raisons avancées.
    - ❖ Personnalité
    - ❖ Eventuelles défenses psychologiques...



## Transcription d'entretien – Mme B\*

- Cet entretien s'est déroulé le jeudi 30 janvier 2014 au soir, dans une salle de travail de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé. Il a duré un peu plus de cinquante minutes. Mme. B\* et nous-mêmes étions placés d'une part et d'autre d'une table, en face à face, un ordinateur et un discret micro étant posés entre nous afin d'enregistrer notre échange puis de pouvoir le transcrire dans une volonté postérieure d'analyse.

1	<b>b1</b> : Tout d'abord merci à vous d'avoir bien voulu prendre du temps pour vous libérer et vous entretenir
2	avec moi. Je vais quand même commencer par une petite introduction afin de replacer les choses. Donc
3	j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, je suis étudiante en Master 2 Sciences de l'Education et de la
4	Formation à l'Université de ****. J'ai donc un mémoire de recherche à mener dans ce cadre. Et je me suis
5	ainsi orientée vers la thématique de la santé au travail en générale, plus ciblée sur le public spécifique des
6	cadres de santé. Alors petite précision, je ne suis pas du tout issue du milieu de la santé. Mon entourage
7	non plus. Donc je découvre cet univers depuis le début de cette année universitaire puisque je suis en
8	stage en alternance, dans le cadre de mon Master, au sein de l'****, l'OPCA de la fonction publique
9	hospitalière. Dans ce cadre, j'ai à mener une mission sur la prévention de la santé au travail. Donc j'ai
10	voulu faire le lien entre mon stage et mes études avec la réalisation de mon mémoire.
11	
12	<b>B1</b> : D'accord.
13	
14	<b>b2</b> : Euh, je vais donc vous poser durant cet entretien un certain nombre de questions plutôt larges. Après
15	c'est à vous d'y répondre comme vous le sentez. Ce qui vient vraiment spontanément quand je vous pose
16	ces questions. Je n'ai pas d'attentes particulières. Il faut que cela soit libre et surtout n'hésitez pas à vous
17	exprimer comme vous le souhaitez. Peut-être une première question. Il s'agirait de vous présenter, de
18	présenter votre parcours de formation et puis le ou les professions que vous avez pu exercer jusqu'à celle
19	que vous exercez aujourd'hui.
20	
21	<b>B2</b> : D'accord. Alors je m'appelle ***. J'ai trente quatre ans. Et donc ma première profession c'est
22	infirmière. Donc j'ai fait des études d'infirmières de 1997 à 2000. Et ensuite à l'issue, j'ai travaillé dans
23	divers services. Donc j'ai fait beaucoup d'oncologie avec l'accompagnement du patient et la fin de vie. J'ai
24	travaillé en pédiatrie, j'ai travaillé de jour comme de nuit, j'ai aussi travaillé dans des blocs opératoires...
25	J'ai travaillé ensuite toujours en pédiatrie mais dans les soins intensifs. Et donc au cours de cette
26	expérience, cette dernière expérience d'infirmière, j'ai développé un projet de cadre de santé. Donc euh...
27	ce projet a été accompagné par le cadre de service et aussi par la direction des soins. Et donc j'ai intégré
28	un poste de faisant-fonction cadre de santé en décembre 2010. Et donc j'ai travaillé de nuit. Et de nuit on
29	gère beaucoup de services en fait. Enfin on gère... j'avais la gestion de sept services. Et les nuits où je
30	travillais, j'avais l'ensemble de la tour de l'Hôpital ***, donc ce qui représente une vingtaine de service. Et
31	cela en plus des urgences de *** qu'on avait la nuit. Avec tous les aléas qui peuvent intervenir euh... qui
32	peuvent intervenir. Que ce soit les fugues, les violences, les problèmes de matériel, d'absentéisme de
33	professionnels et cætera.
34	
35	<b>b3</b> : D'accord.
36	
37	<b>B3</b> : Donc euh... pendant cette expérience de nuit, j'ai préparé le concours à l'Ecole des cadres. Et j'ai
38	intégré l'Institut de Formation des cadres de santé de *** en 2012. Euh... Donc voilà. En 2012, 2013, j'ai
39	fait une Ecole de cadres avec en parallèle une première année de Master en Sciences de l'Education et de
40	la Formation à l'Université de ***. Et aussi en parallèle une formation de première année de Master de
41	gestion et management en santé. Donc euh... Voilà. Cette année là a été intéressante car c'est la première
42	année où il y a eu une collaboration entre l'IFCS, c'est l'Institut de Formation des Cadres de Santé, et
43	l'Université de ***. Et donc y'a eu un p'tit peu de... de travail qui a été fait par les formateurs en
44	collaboration avec ceux de l'Université. Et avec nous aussi donc moi j'ai trouvé ça assez intéressant...
45	
46	<b>b4</b> : Très bien. Et qu'est-ce que ça a apporté selon vous cette collaboration ?
47	

**B4 :** Euh... J pense que ça nous a permis de décroisonner un p'tit peu le monde de la santé avec l'Université. En tout cas c'est déjà le cas puisque maintenant depuis 2009, les études infirmières sont aussi universitaires. Mais les cadres de santé avec qui j'ai fait mon année d'étude, on avait notre diplôme avant 2009. Donc on connaissait pas du tout l'Université. Et ça nous a permis de pouvoir avoir une autre approche. Notamment sur la recherche. Alors c'est sur que j'ai pas connu la recherche avant. Mais j'ai connu celle-là. Euh... On allait peut-être plus loin dans certains concepts. Tout ça c'était intéressant en fait.

**b5 :** D'accord. Dans votre pratique, ça vous a apporté quelque chose ce côté universitaire ?

**B5 :** Oui ça m'a apporté quelque chose ce côté universitaire, notamment l'approche pédagogique qui euh... qui va au-delà de la pédagogie auprès d'étudiants, auprès d'étudiants en soins infirmiers. Ça a été bien au-delà puisque c'était de la pédagogie beaucoup plus vaste. Et qui peut... qui peut être euh... Comment dire... Qui peut être utilisée envers les professionnels de santé dans le service, et auprès d'instituts de formation qui peuvent être complètement en dehors du système de la santé.

**b6 :** C'est quoi cette approche pédagogique ? Est-ce que vous pouvez peut-être m'en donner un exemple ? Par rapport à la formation que vous avez eu en tant qu'infirmière... une petite nouveauté...

**B6 :** Une petite nouveauté [sourire]...

**b7 :** Enfin je vous dit une petite nouveauté, c'est pour vous...

**B7 :** Oui, oui. Euh...

**b8 :** Qu'est-ce qu'il n'y avait pas dans votre formation infirmière et que vous avez découvert dans celle des cadres de santé ?

**B8 :** J'aurais que... Moi ce qui m'a le plus marqué, c'est l'autonomie qu'on donnait à l'étudiant. Et aussi sur quel plan l'étudiant était placé. Il n'est plus... il n'est plus là pour recevoir de l'information et du savoir, mais il participe activement à sa formation et au développement de ses compétences. Moi je vivais la formation avant comme une dispensation de savoirs. Et ça, ça a vraiment bousculé mes croyances. Et moi j'ai trouvé ça très bien. Et je me retrouve beaucoup plus aujourd'hui dans la formation par rapport à avant. C'est certain...

**b9 :** D'accord. Et avez-vous toujours évolué dans la fonction publique ou bien avez-vous alterné avec le privé ? Et y avait-il des raisons derrière selon un choix de votre part ?

**B9 :** Alors. J'ai toujours travaillé dans la fonction publique. Alors même pour aller plus loin, je suis née ici, j'ai grandi ici, je suis allée à l'Ecole d'infirmière ici, j'ai tout de suite travaillé au CH de \*\*\*. J'ai aussi fait l'Ecole de cadres à \*\*\* et aujourd'hui de travaille encore à \*\*\*. [sourires]

**b10 :** [rires].

**B10 :** Donc je suis quelque part très cloisonnée ici. Ça a été un choix, oui parce que quand j'ai été diplômée, j'ai fait le choix de travailler dans le service public. Pourquoi le service public. Parce que je crois énormément en certaines valeurs justement du service public, qui sont notamment l'accès aux soins pour tous et euh... Le fait aussi de pouvoir évoluer dans sa fonction, de pouvoir changer de service. Et de ce fait quand on change de service quand on est infirmière, on peut presque changer de métier finalement. Et c'est ça qui m'attirait aussi dans la fonction publique. Et qui m'attire toujours dans la fonction publique. Aujourd'hui c'est sur qu'avoir eu une expérience dans le privé, ça aurait été certainement aussi bénéfique pour euh... pour développer certaines compétences, pour voir aussi autre chose. Après c'est... Ma vie a fait que je suis toujours restée dans la fonction publique. Et les valeurs que j'ai sont vraiment en adéquations avec le service public. Et je m'y sens bien.

**b11** : Très bien. Donc au niveau de vos conditions de travail en tant que cadre de santé, mais aussi plus globalement en termes d'organisation du travail... Comment se passe-t-il dans l'exercice de votre métier ? Tant pour vous que pour votre équipe, et même plus généralement au sein de votre établissement.

**B11** : D'accord. Alors les conditions de travail... Peut-être que je vais commencer par l'établissement pour être du plus large au plus... Hum... Je pense qu'elles sont très différentes suivant le poste qu'on occupe au sein de l'établissement et suivant les valeurs qu'on a, les croyances qu'on a. Si on se sent mal au sein du service où on est, peu importante ce que va faire l'institution pour vous aider à aller mieux.... Enfin, c'est ce que je pense moi hein.

**b12** : Oui, bien sur, bien sur.

**B12** : Euh... Y'aura pas grand-chose à faire si vous n'êtes pas bien dans vos fonctions, pas bien dans le service où vous êtes. Après l'institution, ce qu'elle peut faire, c'est vous favoriser une mobilité peut-être quant on est pas bien au regard de ses conditions de travail. Je pense que... l'institution où je travaille fait des efforts et en tout cas fait plus d'efforts que ça ne l'a été dans le passé, pour cette mobilité, pour cette amélioration des conditions de travail. Le CHSCT est une instance qui est quand même... Euh, vous connaissez le CHSCT ?

**b13** : [sourire] Oui c'est bon, je connais. Merci

**B13** : C'est bon ? [sourire]. Non parce que des fois on utilise un jargon donc faut pas hésiter à me demander si j'en utilise un.

**b14** : D'accord.

**B14** : Hum... Donc le CHSCT est quand même une instance qui est très active hein. On la voit, on la côtoie. C'est pas du tout inconnu. Et chaque projet... enfin chaque projet aussi important soit-il, passe par le CHSCT. Et la dessus, ils viennent aussi sur le terrain pour voir ce qu'il s'y passe donc euh... Y'a des efforts qui sont fait. Maintenant encore une fois, si le professionnel n'est pas bien par rapport à ses croyances au regard du service public, s'il n'est pas bien dans le service où il est, et s'il n'est pas bien dans sa fonction... Parce que peut-être qu'aujourd'hui c'est un aide soignant, et puis aide-soignant c'est plus du tout la fonction qu'il a envie d'occuper, à ce moment-là je ne suis pas sur que l'institution puisse faire beaucoup. Après au niveau de l'équipe que j'encadre actuellement, nous sommes en plein milieu d'un projet de restructuration... enfin d'une restructuration d'ailleurs puisqu'elle a déjà commencé. Donc c'est très difficile hein. Le changement et l'accompagnement du changement et des équipes, c'est quelque chose qui n'est pas facile. L'équipe ne vit pas très bien le changement puisqu'il y a une inadéquation entre ce que souhaite l'équipe, ce que souhaite l'équipe médicale, et ce que souhaite l'institution. Et j'ai même envie de dire au-delà de l'institution, y'a des lois à appliquer, et des directives. Voilà. Donc l'équipe ne vit pas spécialement très bien ce changement. Je crois que c'est vraiment par rapport à leurs conditions de travail, c'est ça qui pêche beaucoup en ce moment. Dans le service où je travaille, on est deux cadres de santé parce ce que c'est une grosse équipe. Et donc on a pris la décision toutes les deux de contacter les psychologues de l'Hôpital. Et donc a compter de... dans même pas un mois maintenant puisque mi-février elles vont faire leur première intervention, puis tous les mois elles viendront faire leur intervention. Tout le monde sera donc autour d'une table, habillé en civile, avec aucune étiquette de couleur... Parce que nous à l'Hôpital de \*\*\* on a des couleurs qui indiquent si on est aide-soignant, infirmier, cadre ou médecin. Voilà. Donc y'aura plus de couleur, et chacun va pouvoir exprimer un petit peu ses inquiétudes, son mal-être pour pouvoir améliorer les choses. Et puis collectivement, on décidera d'une thématique pour ce jour-là, et de la thématique pour la fois d'après. Donc j'ai vraiment l'espoir que ça permette aux professionnels de pouvoir améliorer leurs conditions de travail, en tout cas au niveau des facteurs de risque psychosociaux. Clairement. Après y'a évidemment pas que ça que je mets en place pour les accompagner. Je suis quelque de très ouvert, qui laisse la porte ouverte à tout le monde. Je leur redis très régulièrement. Qu'ils peuvent venir me parler. Que s'il y a des décisions que je prends qui ne les satisfont pas... Euh, y'a des choses que je suis prête aussi à négocier. Parce que de toute façon, je peux faire des erreurs, l'erreur

est humaine. Mais que je sais aussi donner mes arguments quand j'ai pris une décision, et que je leur explique aussi qu'il ne faut pas rester sur des non-dits et que d'écouter les arguments qu'a la personne, ça peut aussi aider à comprendre une décision, et à l'accepter. Euh... j'suis intimement persuadée et fortement persuadée *[sourire]* que la communication a un rôle **PRIMORDIAL** dans l'accompagnement des équipes et dans l'amélioration des conditions de travail. En tout cas je parle beaucoup de risques psychosociaux mais les conditions de travail, c'est quand même plus large.

**b15** : Oui.

**B15** : Euh... Au niveau des conditions de travail, moi c'est vrai que je ne travaille pas depuis longtemps dans le service donc j'essaie d'observer. Et c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses de faite pour la prévention du mal de dos euh... pour euh... Là notamment elles étaient une infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences, qui est quand même quelque chose de difficile comme poste car elles sont responsables de l'orientation d'un patient... Maintenant elles sont deux. L'institution a mis deux personnes *[frappe sur la table avec ses mains]* le matin, la nuit. Donc ça c'est des choses qui ont beaucoup amélioré leurs conditions de travail. Mais de toute façon, je crois qu'il y a toujours des choses qu'on peut améliorer avec les moyens qu'on a... financiers *[sourire]*.

**b16** : *[rires]*. Dans les limites qu'on vous impose...

**B16** : Dans les limites qu'on a en tout cas *[rires]*.

**b17** : Mais vous me parlez d'un changement, d'une restructuration. Expliquez-moi un petit peu en quoi ça consiste exactement que je puisse comprendre un peu plus.

**B17** : Alors donc c'est vraiment une restructuration qui a été faite pour l'instant au niveau des locaux. Donc les patients étaient accueillis d'une très mauvaise façon, à mon sens et au sens de beaucoup de personnes hein. Les patients qui attendaient, notamment sur un brancard, attendaient dans les couloirs, en plein courant d'air...attendaient des fois presque déshabillés avec juste une chemin d'opérer dans les couloirs, avec tous les passages qu'il pouvait y avoir et cætera. Donc il y a eu une grande pièce qui a été faite. Qui est agréable et qui spacieuse, lumineuse...pour pouvoir faire attendre ses patients dignement. Y'a aussi une pièce qui a été faite pour l'infirmière d'accueil et d'orientation, pour pouvoir voir les patients de façon assez digne, et qui lui permet en même temps de pouvoir surveiller avec un coup d'œil les patients qui sont en salle d'attente *[se racle la gorge]*. Et l'accueil... enfin la structure pour accueillir les ambulanciers a aussi été améliorée, notamment avec des rideaux de chaleur qui permettent de ne pas attendre dans le froid, pour le patient et pour le brancardier aussi hein. Donc ensuite euh... Ca c'est une première phase de travaux qui est terminée. Et une deuxième phase de travaux va permettre d'augmenter la capacité d'accueil des patients en urgence psychiatrique, parce qu'on a ça aussi au service. Et euh... qu'est-ce qu'ils vont faire aussi... Voilà, ils vont ouvrir un nouveau service au sein de l'Hôpital pour permettre de pouvoir héberger des patients qu'on ne peut pas héberger dans d'autres services, ce qui permettra à priori d'avoir un flux plus rapide et donc une attente moins longue pour les patients. Donc tout ça c'est centré autour du patient. En parallèle, y'a eu aussi une restructuration au niveau des effectifs, notamment l'augmentation du personnel à l'accueil, que ce soit de jour ou de nuit. Et donc une diminution du personnel sur le secteur... ce qu'on appelle le secteur du déchoquage, c'est le secteur des urgences vitales on va dire hein. C'est là que c'est pas facile de diminuer un effectif sur un secteur *[frappe sur la table avec ses mains]*. Donc c'est sur ce point-là que le travail va être le plus compliqué auprès de l'équipe.

**b18** : Et au niveau des conditions de travail mais les vôtres. Sans parler de votre équipe, en tant que cadre de santé au sein d'un établissement, quelles sont-elles ?

**B18** : *[rires]*. Alors moi je suis quelqu'un de très positif.

**b19** : Très bien ! *[rires]*

209 **B19** : [rires]. Donc je vais pas beaucoup pleurer sur mon sort.

210

211 **b20** : Non mais je ne cherche pas forcément ça [rires].

212

213 **B20** : Donc mes conditions de travail. Moi je travaille soit du matin, soit du soir. Donc ça déjà, c'est des  
214 conditions de travail pour un cadre qui sont pas... qui sont assez exceptionnelles finalement. Donc soit  
215 j'arrive à six heures et demi du matin, ou soit je repars à vingt-et-une heures le soir. Euh... donc ça, ça fait  
216 parti de... enfin j'ai envie de dire ça fait parti d'un cloisonnement qui pourrait exister presque hein. Parce  
217 que c'est sur qu'à six heures et demi, on croise pas d'autres collègues cadres. Quand on a besoin d'un  
218 conseil ou autre chose, bah on peut pas appeler sa collègue dans un autre service pour avoir un conseil.  
219 Voilà. Deuxièmement, c'est un service qui est isolé, c'est-à-dire qu'il est au moins un du bâtiment. Et y'a  
220 pas d'autres services. C'est-à-dire que j'ai des collègues qui travaillent sur des plateaux où euh... C'est-à-  
221 dire je sais pas, au cinquième étage, et bah au cinquième étage, y'a plusieurs services, et les collègues elles  
222 peuvent se voir facilement. Moi c'est vrai que si j'allais pas le midi manger avec deux ou trois collègues des  
223 étages, je verrai pas vraiment de, j'aurai pas vraiment de contact avec mes pairs.

224

225 **b21** : Oui, c'est ce que je voulais vous demandez comme précision. Vos collègues, ce sont les autres cadres  
226 de santé.

227

228 **B21** : Les autres cadres de santé. Voilà. Tout à fait. Donc moi je fais en sorte d'avoir ce contact, je fais en  
229 sorte pendant mon temps de travail de monter dans les étages. Des fois au lieu de passer un coup de  
230 téléphone, et bien je vais voir ma collègue au lieu de lui téléphoner. Ca me permet de prendre contact. Et  
231 puis évidemment, moi le repas du midi c'est **ENORME** [rires]. Et je trouve que c'est vraiment un moment  
232 où on peut rencontrer d'autres collègues. Et j'essaie de m'attacher à ne pas manger tous les midis avec les  
233 mêmes personnes. Ce qui n'est pas forcément facile. Parce qu'il y a quand même pas mal de  
234 cloisonnement entre les différents services.

235

236 **b22** : Entre les différents services... et quel rôle peut jouer aussi votre statut ?

237

238 **B22** : Entre professionnels vous voulez dire ?

239

240 **b23** : Oui.

241

242 **B23** : Hum. Entre professionnels, oui, il y a un cloisonnement qui existe. Ca c'est certain parce que le cadre  
243 représente la hiérarchie, et le cadre supérieur aussi, et le directeur encore plus. Donc moi la première je  
244 crée un cloisonnement parce que j'utilise le vouvoiement dans mon équipe. Et je l'utilise volontairement  
245 parce que pour moi, c'est plus facile de me positionner vis-à-vis de quelqu'un si je le vouvoie plus que si je  
246 le tutoie. Donc aussi un cadre a de temps en temps besoin de se positionner. Régulièrement même  
247 [sourire]. Et donc de ce fait, il est important pour moi de... Donc oui, oui. Il existe un cloisonnement mais  
248 j'ai envie de dire, je pense qu'il est nécessaire. Mais c'est pas le même cloisonnement qui existe entre  
249 heu... entre différents... Par exemple, donc l'Hôpital est organisé en pôles d'activités, et c'est vrai que  
250 [sourire]... c'est assez flagrant de voir les différentes personnes, le pôle cœur il mange là, le pôle  
251 reconstruction mange là... Alors moi je suis la seule cadre du pôle sur \*\*\*, les autres sont sur \*\*\*. Donc du  
252 coup je suis obligée de me mélanger avec les autres. Donc c'est très bien [rires]. Sinon je mangerai toute  
253 seule. Non mais c'est quelque chose qui est dommage moi je trouve.

254

255 **b24** : De ne pas se mélanger ? De ne pas se mélanger plus ?

256

257 **B24** : Hum. Moi j'étais assez surprise parce que je suis quelqu'un d'assez naïve. Et donc comme je  
258 travaillais de nuit, et de nuit c'est complètement décroisé hein par contre. Vraiment. L'infirmière du  
259 pôle cœur, enfin l'infirmière qui est en cardio, si une nuit y'a trop d'infirmières en cardio et puis y'en a pas  
260 assez en orthopédie, l'infirmière en cardio elle va travailler en orthopédie et y'a aucun problème. Ca de  
261 jour c'est... ouf [rires]. Ca va être très compliqué. Sauf que moi je n'avais pas vraiment cette sensation que  
262 c'était si cloisonné de jour.

**b25 :** Et avec les autres équipes, l'équipe médicale et celle de direction, comment ça se passe en tant que cadre de santé ?

**B25 :** Euh... l'équipe médicale, je ne considère pas que se sont des supérieurs hiérarchiques. Ça se passe... ça se passe très bien. On échange entre collègues. Après, y'a des hauts et y'a des bas mais bon. En général ça se passe plutôt bien. Avec la hiérarchie ça se passe aussi très bien. Après c'est sur que je vais avoir plus de contacts avec le cadre supérieur qu'avec le directeur de pôle. Enfin encore avec le directeur de pôle si, je le vois très souvent et y'a un échange qui vraiment me permet de me sentir à l'aise. C'est vraiment des gens qui vont pas essayer d'écraser leur hiérarchie ou quoi que ce soit. Enfin vraiment je le ressens comme des gens qui me permettent de m'exprimer, de me mettre à l'aise. Des fois ils sont pas d'accord avec mes arguments. Ils donnent les leurs et après euh... Y'a pas de conflits, ça c'est sur. Après, peut-être aussi que j'ai la chance d'être dans un service où le cadre supérieur et le directeur sont des gens qui sont... Et des médecins du service également hein... qui sont des gens accessibles et cætera. Je sais que ça n'existe pas dans tous les services. Après je dis les médecins... y'a certains médecins où ça se passe pas très bien. Y'a eu de vieilles histoires entre les cadres et les médecins qui ont... (silence). Qui ont euh... qui ont cassé la relation qu'il y avait entre ces deux statuts. Et y'a certains médecins je pense qu'ils sont encore un petit peu restés sur ça *[rires]*. J'suis arrivée, nouvelle, et on m'a cataloguée comme cadre donc voilà. Mais c'est vraiment une très petite minorité de personnes... que j'ai encore espoir de faire changer d'avis. *[exclamation de rires]*.

**b26 :** *[rires]*. Vous y travaillez tous les jours ?

**B26 :** J'y travaille, j'y travaille. Je leur dis bonjour même s'ils ne me répondent pas *[rires]*. Non j'suis toujours positive, vraiment hein. J'essaie... enfin voilà, j'ai toujours eu cette esprit là et euh... et y'a pas de raison que je le perde pour l'instant *[rires]*.

**b27 :** Parfait, gardez-le ! En ce qui concerne plus spécifiquement maintenant votre équipe, parlez-moi du management que vous mettez en place avec elle. Comment vous fonctionnez avec votre équipe ? Voilà, dites-moi comment ça se passe.

**B27 :** Alors quand je suis arrivée en tant que jeune cadre, j'avais envie de faire un management participatif *[sourire]*. Mme. \*\*\*\* si vous m'entendez, je suis désolée pour ce que vous allez entendre *[exclamation de rires]*.

**b28 :** *[exclamation de rires]*. Non mais au moins là vous êtes confronté à la réalité. Les concepts, c'est une chose...

**B28 :** Les concepts, c'est une chose c'est sur. Donc quand je suis arrivée vraiment, moi j'avais lu sur le management participatif. Je m'étais vraiment intéressée à ça. Le Professeur \*\*\* a écrit un livre qui était vraiment très intéressant et qui m'avait vraiment... qui m'avait vraiment touché, voilà. Et je m'étais dit que vraiment, c'est ça que je veux faire. Après quand je suis arrivée, finalement j'ai voulu mettre ça en place assez rapidement, pouvoir faire participer l'équipe à mes décisions. J'me suis rendue compte qu'arriver et commencer comme ça, c'était utopique là où j'arrivais. Non seulement c'est une très grosse équipe donc de toute façon, ils ne seront pas d'accord entre eux. Enfin là, vraiment, ça s'est révélé comme ça. A chaque fois que j'ai voulu les faire participer à une décision Ça se déchirait, et j'avais l'impression de déchirer l'équipe plus que... de les accompagner. Donc j'ai adopté un management plus directif. Ce qui s'est révélé euh... Ce qui ne m'a pas semblé mauvais en soi. C'est-à-dire que l'équipe l'a bien pris et j'ai senti un apaisement finalement. Le cadre a pris sa décision. C'est celle-là et puis ceux qui ne sont pas content, à la limite ils venaient me voir et je leur expliquais mes arguments. Maintenant ça fait six, sept mois que je suis en poste et euh... je lâche pas mon envie de faire du management participatif. Donc j'ai recommencé un petit peu à... Mais vraiment petit à petit. J'ai pas... j'ai pas lâché un management participatif comme ça. C'est-à-dire que par exemple, là j'ai voulu sortir le planning du mois de mars. Les vacances, ça ne passait pas dans les effectifs. Donc je leur ai donné plusieurs choix possibles, soit on pouvait réduire, enfin mettre



en effectif minimum pour la semaine, soit je refusais des congés, soit y'en avait certains qui revenaient sur leurs jours et cætera. Et donc j'ai préparé une réunion. On s'est tous rencontré en réunion et euh... et du coup euh... déjà, ce que j'ai noté c'est que y'a eu une participation forte à cette réunion. Ce qui n'est pas du tout le cas depuis que je suis arrivée. A toutes les réunions de service, sur environ soixante-dix agents, y'avait trois à quatre présents. Voilà. Donc ce qui relève d'un malaise quand même hein. Donc j'ai été très, très, très étonnée *[rires]*... de ce taux de participation. Et là déjà, j'ai senti beaucoup plus de participation. Avec des personnes qui étaient euh... *[frappe sur la table avec ses mains]* qui faisaient des propositions. A chaque fois j'en profite pour leur redire que mon bureau est ouvert et que peut-être que je pourrai pas les recevoir dans la minute, quand ils ont besoin d'échanger avec moi. Mais que de toute façon, je les recevrai, et je prendrai le temps qu'il faudra pour rester avec eux... (silence). Et j'espère que ça leur va bien. Y'en a quand même plusieurs qui sont venus me voir et qui ont pu me parler soit de choses des fois plus personnelles pour que je comprenne un peu leur situation, soit de choses très professionnelles. Et euh... ce qui me permet aussi d'améliorer la qualité dans le service et ainsi la qualité des soins auprès du patient.

**b29 :** Et les relations avec cette équipe, comment vous les qualifieriez ?

**B29 :** Euh... Comment je les qualifieriez ? Euh... Ça dépend avec qui. Avec l'équipe en général, elle est plutôt... bonne. Après, y'a des personnes en particulier, on sent qu'ils sont dans l'agressivité, dans la revendication et cætera. Mais encore une fois j'suis assez nouvellement arrivée dans le service. Y'a des gens qui me connaissent pas, qui viennent de revenir de congés maternités et d'arrêts maladies. Et euh... Et donc avec qui je travaille aussi pour qu'on apprenne à faire connaissance, et cætera. Donc dans l'immense majorité des cas, la relation avec l'équipe, elle est bonne. Après, évidemment, y'a des personnes avec qui ça passe peut-être un p'tit peu moins bien. De leur côté, pas du mien. J'travail pour euh...

**b30 :** Comme avec l'équipe médicale *[rires]*

**B30 :** Comme avec l'équipe médicale *[rires]*. Mais ça passe mieux quand même avec les soignants. Y'a aucun soignant qui répond pas à mon bonjour. *[rires]*.

**b31 :** *[rires]*. D'accord. Alors vous me parler de management directif, c'est-à-dire ? Comment vous fonctionnez dans ces cas-là ?

**B31 :** Alors quand j'ai fonctionné, enfin quand je fonctionne en management directif, c'est-à-dire que j'identifie un dysfonctionnement, j'identifie un problème. Et que JE prends la décision de euh... de la suite à donner à ce dysfonctionnement, sans forcément faire participer l'équipe. Euh... qu'est-ce que je peux vous donner comme exemple... Qu'est-ce qu'il y aurait eu comme dysfonctionnement... *[se prend la tête dans les mains]*.... (silence) Qu'est-ce que je pourrai vous donner comme exemple...

**b32 :** En fait, si j'ai bien compris, dans ces cas-là vous identifiez un problème et vous ne cherchez pas à connaître forcément l'avis de votre équipe ? Est-ce qu'on peut donc dire que ça reste quelque chose que vous traitez en individuel ?

**B32 :** Alors. Oui et non puisque je cherche à savoir quels ont été les dysfonctionnements exacts, comment les personnes ont vécu ce dysfonctionnement. Alors je vais leur parler, je les reçois en individuel dans le bureau, pour savoir pourquoi et comment ça s'est passé, et cætera. Euh... sans, en faisant attention j'espère de ne pas les juger et de ne pas les incriminer. Tout en expliquant bien que c'est pour permettre que l'erreur ne se reproduise plus. Et ensuite j'essaie de consigner un peu tous ce que j'ai vu et j'essaie de trouver une solution qui soit la meilleure pour le patient, pour l'équipe. Et pour moi, si j'adoptai un management participatif, bah on ferait peut-être un comité de retour d'expériences ou des choses comme ça. Mais quand je suis arrivée, soit c'était trop tôt, soit... Alors je faisais pas les comités de retour d'expériences hein, parce que je suis pas formée à ça d'une part, et en plus c'est une structure de réunion qui est complexe hein. Moi c'était des réunions très allégées mais je sentais que ça intéressait pas spécialement les personnes. Et puis de toute façon ils se déchiraient entre eux donc y'avait pas vraiment

d'intérêt à ce moment-là (silence).

**b33** : Et aujourd'hui, dans votre activité au quotidien, comment vous estimez vous former le plus ?

**B33** : Moi je me forme ?

**b34** : Oui vous, au regard de votre pratique.

**B34** : Moi je me forme... Alors comment je me forme... J'ai de la chance de travailler en binôme avec un autre cadre, qui elle a de l'expérience dans ce service-là en particulier. Donc je me forme **ENORMEMENT** avec l'**EXPERIENCE** de ma collègue. Euh... Donc en lui posant des questions, en échangeant avec elle et puis en travaillent, essayent de travailler toutes les deux ensemble sur des mêmes projets. J'me forme aussi euh... grâce à mes... *[quelqu'un ouvre la porte de la salle puis la referme]*... grâce à mon cadre supérieur aussi à qui je pose des questions, avec qui j'évoque certaines décisions... Oui euh pas forcément décisions mais sur certaines décisions que je peux avoir. J'me forme avec évidemment tous les autres collègues cadres que je côtoie. Ca peut être complètement informel sur certains sujets. J'me forme bah avec la formation continue également hein. Ca de toute façon c'est un minimum j'ai envie de dire *[sourire]*. J'me forme également en essayant de garder une espèce de veille sanitaire euh... au niveau de l'ARS, de pouvoir euh... également gardé un petit peu de lecture. J'suis abonnée également à une revue de cadre qui me permet de pouvoir lire un petit peu tous les mois des nouveautés. Y'a des cas, des situations qui sont évoquées avec des analyses de situations qui peuvent être très intéressantes hein. Donc j'dirai que oui je me forme comme ça. Et puis je me forme auprès de mes équipes qui eux ont l'expérience du service, d'un service où je n'ai jamais travaillé. Donc euh on peut se demander quelle légitimité j'ai hein, à manager une équipe, un service où je n'ai pas d'expériences, où je n'ai pas travaillé. Donc j'me forme aussi auprès d'eux.

**b35** : D'accord. Vous discutez avec eux ?

**B35** : Ah oui, complètement. J'échange avec eux hein. Si euh... je sais pas mais euh... Une situation euh... (silence). Une situation particulière d'un patient, si la direction qualité me renvoie un document d'un patient qui... soit qui est mécontent de sa prise en charge, et cætera, sans aller dire qu'il y a un patient qui est mécontent de sa prise en charge aux équipes, j'vais essayer de voir auprès de chaque professionnel... Même si moi j'ai mon intime conviction souvent hein, de la façon dont aurait pu être pris en charge le cas.... Mais je vais voir auprès de chaque professionnel comment eux, ils prennent en charge le cas d'un patient qui arrive pour euh... rétention d'urine par exemple. Et j'vais voir un petit peu si c'est en corrélation avec la façon dont ce patient a dit avoir été pris en charge. Si c'est aussi en adéquation avec ce que moi je pense sur la bonne prise en charge. On peut en parler aussi avec l'équipe médicale et euh... Et pouvoir apporter une réponse quoi. Pour moi il est important que les professionnels puissent euh... puissent m'expliquer comment ils fonctionnent quoi, et de voir moi comment ils fonctionnent juste avec l'observation.

**b36** : Humhum. Et ça, ça se passe lors de temps identifiés... J'ai envie de dire officiels, ou vraiment quand vous en ressentez le besoin, vous y allez ?

**B36** : C'est totalement informel. C'est vraiment fait de façon totalement informelle. Ca peut être autour d'une table dans la salle de soins. Ca peut être au détour d'un couloir euh... Puisque de toute façon, comme je donne jamais de noms de patients ou de situations, y'a pas de problème de secret professionnel. Je pense en tout cas *[rises]*. Euh... Non. Je fais jamais ça en réunion. Les sujets de réunions sont rarement, évoquent rarement... enfin pour l'instant nous n'avons jamais évoqué ce genre de problèmes (silence).

**b37** : Et en tant que praticienne de santé, quelle votre expérience avec les risques psychosociaux jusqu'à aujourd'hui ?

**B37** : Mon expérience avec les risques psychosociaux personnelle ?... Euh... (silence). Alors avant l'Ecole



des cadres, avant la sensibilisation aux risques psychosociaux à l'Ecole des cadres, et puis là, comme je vous expliquez, je fais intervenir les psychologues dans le service... J'aurais pas que c'était du néant [sourire] mais c'était pas loin. En tout cas peut-être que je me rendais pas compte qu'on était dans la prévention des risques psychosociaux. Bon quand je travaillais en oncologie par exemple, en soins palliatifs, y'avait une équipe mobile qui intervenait dans le service, et qui intervenait autant au niveau des patients qu'au niveau des soignants. Donc ça c'est certain que ça a joué dans la prévention des risques psychosociaux. Et l'ambiance qu'il y a avait dans l'équipe, en tout cas une très bonne ambiance...

**b38 :** Donc vous, vous n'avez jamais eu de difficultés psychologiques particulières au regard de votre activité professionnelle ?

**B38 :** Alors si, j'en ai eu parce que quand on accompagne des patients en fin de vie qui peuvent être jeunes... Et après quand j'ai travaillé en soins intensifs en pédiatrie, évidemment y'a des situations qui étaient très difficiles à vivre. On accompagnait des enfants et des familles jusqu'au décès. Evidement je peux pas dire que j'ai pas remporté à la maison un p'tit peu de douleur, un p'tit peu de rancœur, un p'tit peu de... euh... un p'tit peu de travail à la maison [sourire]. J'peux pas dire que j'ai jamais eu voilà, que j'ai jamais été touché par les risques psychosociaux, ce ne serait pas vrai. Après j'ai une nature comme je vous disais très positive, et de ce fait j'ai rebondi assez vite. Et y'a autre chose aussi c'est le, le... (silence) [frappe sur la table avec ses mains]... le transfert qu'on peut faire entre soi-même, entre ses enfants...

**b39 :** Oui

**B39 :** Et le patient. Donc euh... j'ai eu beaucoup de collègues hein qui, en cancéro, avaient l'impression qu'elles avaient un cancer, que leur ami avait un cancer. Ou en pédiatrie, avoir l'impression de, enfin voir un enfant malade et de se dire bah le bien il est malade, il est malade, il est malade. Moi j'ai toujours été plutôt à rentrer chez moi et à me dire mes enfants ils sont en bonne santé, Youpi. Voilà. J'ai pas eu ça mais je sais que c'est quelque chose qui existe énormément dans notre profession et euh... Et qui est pas toujours quelque chose de facile à vivre parce que les gens qui ont l'impression d'être malade, ils ont vraiment, vraiment l'impression d'être malade. Et c'est quelque chose de pas facile.

**b40 :** Et donc aujourd'hui, positive comme vous dites [sourire]

**B40 :** [rires].

**b41 :** ... si je vous demandais de vous définir en quelques mots... Voilà. Ce que vous avez envie de me dire.

**B41 :** Alors mon état d'esprit euh... aujourd'hui... c'est celui de quelqu'un qui a envie d'avancer. Qui se rend bien compte que bah des fois y'a des choses qui vont pas et que... Et que j'ai envie quand c'est comme ça d'améliorer les choses. Oui c'est sur. Y'a un de mes directeurs qui me disait il n'y a pas longtemps... [rires]. J'vais vous le redire parce que j'ai trouvé l'image assez intéressante. Que y'a deux catégories de personnes. Y'a les gens qui sont naïvement positifs, un peu comme moi. Et les gens qui sont toujours négatifs et que c'est toujours le mauvais côté et cætera. Et que les gens positifs on peut les considérer à ceux qui construisent des avions, et les négatifs à ceux qui construisent des parachutes. Et que finalement construire des avions sans penser qu'il faut aussi construire des parachutes, c'est un peu idiot. Mais construire des parachutes en se disant qu'un jour on inventera peut-être l'avion, c'est pas plus malin non plus.

**b42 :** Oui c'est sympathique l'image [rires].

**B42 :** Oui, j'ai trouvé l'image sympathique. Et je me suis dit, oui vraiment, il faut penser à ces parachutes. Donc euh... Donc ça aura au moins le mérite de [exclamation de rires]. D'essayer aussi de voir qu'il y a des choses qui dysfonctionnent, qui ne vont pas, qu'il faut améliorer. Comment on peut les améliorer... On a des fois l'impression que c'est pas possible et que ça se fera jamais. Même à un moment je crois j'ai dit mais non de toute façon... Enfin je sais plus ce que j'ai dit mais à un moment j'ai dit quelque chose comme

ça [rires]. Je m'en suis rendue compte après. Hum... [se racle la gorge]. Voilà. Faut pouvoir voir les deux côtés des choses. Faut pas rester complètement naïf non plus, et voir toujours le bon côté des choses. Donc mon état d'esprit, c'est celui-là. C'est quelqu'un qui voit le côté plein de la bouteille mais qui se rend bien compte que quand même, elle se vide un peu de temps en temps [rires]. J'suis contente de venir au travail le matin. Quand je suis en vacances, je suis contente de revenir travailler. Pour l'instant encore une fois, car je suis une jeune cadre. Ce serait intéressant de poser la même question à une cadre qui a plusieurs années d'expérience. On a un travail qui est quand même pas toujours facile car on travaille en étau. Euh... entre des professionnels qui nous font passer des messages qui parfois peuvent être durs... Quand je vous dit qu'on va réduire l'effectif des gens, des professionnels au déchocage, ils nous renvoient ce risque qu'il y a pour le patient. On peut mettre en danger la vie des patients parce qu'on a quand même... Faut se rendre compte qu'on a quand même dans les mains la vie de personnes humaines et que c'est pas... On a pas en main des bocaux de sauce tomate ou d'haricots verts quoi. Et que si on fait tomber le bocal de tomate, bah c'est pas très grave hein. On en refait un autre. Le patient c'est pas pareil. Donc on a ces professionnels qui nous disent mais attention, on va mettre en jeu la vie de ces patients. Et si on a plusieurs urgences vitales qui arrivent en même temps, accidents de voitures et cætera, nous on sera plus suffisamment nombreux. Et en même temps on a de l'autre côté la direction qui nous dit, mais comprenez bien, on a lâché deux postes à l'accueil le matin, deux postes à l'accueil le soir. Derrière on met en place un nouveau service avec des patients qui vont être hospitalisés là-bas. Où on met aussi des moyens dedans, et qu'on peut pas vous laisser autant de personnels que ça puisque c'est bien au dessus des effectifs nécessaires. Et qu'en plus on voit que ça fonctionne dans d'autres hôpitaux. Dans d'autres hôpitaux y'a même des services de déchocages qui sont fermés. Qui ne sont ouverts que quand il y a besoin. Donc y'a pas de personnels dédiés. Donc nous on est vraiment entre la direction, qui vient expliquer aux équipes hein, qui vient elle-même, qui relâche pas toute sa responsabilité sur nous hein. Mais quand la direction elle est partie, le premier professionnel qui est là, c'est le cadre de santé. C'est sur lui, c'est lui qu'on va voir pour lui dire que ce que propose la direction, ça va pas du tout et cætera. Bon c'est sur, à nous de le faire remonter. C'est ce que je tente de faire au maximum. Mais tout en devant aussi leur expliquer à eux quels sont les tenants et les aboutissants des décisions qui sont prises. Y'a des décisions qui sont prises. Nous on est pas forcément d'accord avec toutes les décisions qui sont prises au niveau administratif. Mais notre travail c'est de les faire accepter, enfin en tout cas c'est de les faire appliquer. Après moi je veux qu'elles soient aussi acceptées et **COMPRISES** par les équipes. Parce que pour moi c'est comme ça qu'on peut faire passer les choses quoi.

**b43** : Donc vous êtes une professionnelle épanouie pour le moment [rires].

**B43** : Pour le moment oui [rires]. Pour le moment oui. En tout cas pour le moment, très contente pour mon orientation professionnelle. Je ne regrette pas du tout d'avoir fait l'Ecole des cadres, pas du tout d'avoir atterri dans ce service peut-être un peu par hasard, je ne sais pas. Mais pour l'instant très satisfaite.

**b44** : Très bien ! Ca fait du bien d'entendre des discours comme ça ! [rires].

**B44** : Oui c'est sur ! [rires].

**b45** : Merci encore d'avoir accepté de vous entretenir. Je vais m'attacher à retranscrire notre entretien et je vous le transmettrai. N'hésitez pas surtout à revenir vers moi si vous souhaitez de nouveau échanger avec moi sur ce sujet.

**B45** : Très bien.

## Transcription d'entretien – Mme D\*

- Cet entretien s'est déroulé le mardi 18 février 2014 au soir, dans le bureau professionnel de Mme. D\*. Il a duré un peu plus de trente-cinq minutes. Mme. D\* et nous-mêmes étions placés d'une part et d'autre de ce bureau, en face à face l'une de l'autre, un ordinateur et un discret micro posés entre nous afin d'enregistrer notre échange pour pouvoir le transcrire dans une volonté postérieure d'analyse.

1	<b>d1</b> : Alors commençons peut-être par une rapide présentation. Donc je suis actuellement étudiante en
2	Master 2 Sciences de l'Education et de la Formation qui se passe aux ***, à l'université de ***. Aussi, j'ai
3	un mémoire de recherche à mener. Et étant également en stage dans le cadre de ces études à ***, et
4	ayant plus particulièrement pour mission de développer leur axe stratégique de prévention santé au
5	travail, j'ai fait volontairement le choix de faire le lien entre le stage et ma recherche de mémoire. Ma
6	thématique de mémoire est alors la qualité de vie chez les cadres de santé. Voilà ce pourquoi je me suis
7	adressée à vous [sourire]. Donc j'ai un certain nombre de vastes questions à vous poser. Après, à vous d'y
8	répondre comme vous le sentez au mieux, par rapport à ce qui vous vient spontanément à l'esprit.
9	
10	<b>D1</b> : D'accord.
11	
12	<b>d2</b> : Donc tout d'abord peut-être en guise d'introduction, pouvez-vous me présenter en quelques mots
13	vos parcours de formation et le ou les professions que vous avez exercé jusqu'à aujourd'hui.
14	
15	<b>D2</b> : Donc je suis infirmière, diplômée d'Etat depuis 1994. Mon parcours professionnel s'est
16	essentiellement déroulé sur le CH de ***. Aussi bien dans les services de médecine neurologiques... un peu
17	de chirurgie. Et surtout un fil rouge dans ma carrière qui est la prise en charge des patients en
18	cancérologie. J'ai été infirmière en consultation de radiothérapie et infirmière en hospitalisation complète
19	de radiothérapie. A ce moment-là j'ai développé mon projet de cadre de santé et j'ai été accompagné par
20	l'institution. Euh... j'ai pu prétendre à un poste de faisant-fonction en pneumologie sur *** pendant trois
21	ans. Donc là aussi où on prend en charge des patients atteints de cancers. Et j'ai euh... effectué ma
22	formation de cadre de santé à l'IFCS de *** en 2007. Je suis donc sortie diplômée en 2008. En juillet 2008
23	j'ai eu l'opportunité d'occuper ce poste actuel en hémato-thérapie cellulaire sous le pôle cancérologie-
24	urologie.
25	
26	<b>d3</b> : Toujours dans la fonction publique ?
27	
28	<b>D3</b> : Toujours dans la fonction publique oui. C'est un choix... Ce n'est pas par défaut. Je n'ai pas eu d'autres
29	opportunités et c'est vrai que je n'ai pas cherché non plus autre chose. J'ai trouvé jusqu'à présent ce que je
30	recherchais dans mon métier. Et l'institution aussi m'a apporté certaines opportunités que j'ai saisies. J'ai
31	pu aussi développer certaines compétences et connaissances aussi au sein de cette institution. Donc c'est
32	vrai que pour l'instant, je m'y retrouve.
33	
34	<b>d4</b> : Mais vous dites que vous y avez trouvé ce que vous cherchez, c'est-à-dire ? Quelles étaient et/ou sont
35	vos attentes ?
36	
37	<b>D4</b> : Bah en termes professionnels c'est vrai qu'au départ de la formation initiale d'infirmière, je ne pensais
38	pas me diriger vers une fonction de cadre de santé avec certaines responsabilités. C'est au fur-et-à-mesure
39	de l'expérience et des rencontres avec d'autres cadre euh... qu'une certaine motivation de manager une
40	équipe entre autre est né quoi. Donc c'est vrai que l'institution euh... Donc c'est vrai que l'institution offre
41	un parcours pour obtenir une place en IFCS. Et j'ai suivi le mouvement et jusqu'à présent... (silence).
42	
43	<b>d5</b> : Très bien. Et à présent au niveau de l'organisation et des conditions de travail, comment se passe-t-il
44	pour vous, à la fois au sein de votre service et plus globalement au sein de la structure, de l'établissement
45	de santé ?
46	
47	<b>D5</b> : C'est-à-dire ?

**d6 :** Quelles sont vos conditions de travail à vous, et quelle est plus globalement l'organisation du travail qui est mise en place dans votre service, mais pas seulement. Ca peut être plus large, au niveau de l'établissement tout entier.

**D6 :** Les conditions de travail de l'encadrement au sein générale... au sein... De manière générale au sein de l'institution, on a une certaine autonomie et liberté de temps de travail. Avec le respect d'une certaine législation. Après au sein du pôle, on travaille en équipes de cadres, sous forme de binômes. En ce qui concerne les conditions de travail de l'équipe paramédicale, y'a une législation de travail à respecter, avec des droits à faire respecter. Donc euh... je suis responsable du respect de ces droits pour chacun des professionnels que... que je gère. Euh... en termes d'organisation sur l'hémato-thérapie, il y a une organisation de mise en place au regard de ratios, au regard de la spécialité, et de la prise en charge des patients.

**d7 :** D'accord. Et donc quelles sont spécifiquement vos responsabilités à vous ? En quoi constitue votre travail tous les jours ?

**D7 :** Alors, un travail de proximité de cadre euh... C'est-à-dire que le... le cadre, au quotidien, va gérer tout ce qui est présentisme, absentisme, ponctuellement. Après c'est s'assurer de la bonne prise en charge des patients et de la continuité des soins. Donc c'est respecter un effectif pour que ces conditions soient respectées, tant auprès des professionnels de santé et assurer une sécurité et une continuité des soins auprès des patients. C'est aussi collaborer avec l'équipe médicale, entre autre, et plus généralement tous les professionnels qui prennent en charge les patients en unité stérile... *[le téléphone sonne]*

**d8 :** Oui, allez-y *[rires]*.

**D8 :** *[Mme D\* répond au téléphone]*. Donc euh... qu'est-ce que je fais aussi ? *[rires]*. Ca m'a perturbée.

**d9 :** *[rires]*.

**D9 :** Euh... Donc responsabilité des soins, collaboration avec l'équipe médicale, collaboration avec les différents professionnels qui sont amené à suivre les patients en soins de support... Euh... m'assurer du bon fonctionnement de toute l'unité. Donc tout ce qui est gestion du parc informatique, gestion du parc matériel. C'est-à-dire que quand il y a des pannes voilà, j'autonomise les équipes en leur donnant des conseils et des consignes. Faut pas que je fasse tout non plus. Je pense que l'autonomisation et la responsabilisation est importante pour un cadre et son équipe. Euh... tout ce qui est aussi collaboration après, entre les unités du pôle. Donc ça c'est de manière quotidienne et de proximité. Ensuite on a quand même un rôle de, de, de réflexion sur des problématiques de service ou de fonctionnement, ou de dysfonctionnement on va dire... pour mettre en place des groupes de réflexions sur une problématique, sur un projet. Donc tout ce qui est réflexion d'actions, d'axes d'amélioration et de mise en œuvre. Toujours dans la perspective d'améliorer la prise en charge et la qualité de travail des professionnels. Et supra-pôle bon, on a quand même une vie en institution. Avec la possibilité de participer à certaines commissions comme la commission en soins infirmiers euh... Participation aussi à certains groupes institutionnels pour participer quand même à la vie générale de l'institution.

**d10 :** D'accord. Mais je souhaite revenir rapidement quand même sur les conditions de travail parce que vous m'avez présenté celles générales. Mais vous, si je vous demandai au jour le jour, quelles sont ... Enfin comment vous ressentez au quotidien votre profession ? Comment vous vivez les choses ? Comment vous la percevez, comment vous la ressentez ? Oui, c'est le mot.

**D10 :** Et bien, moi j'ai envie de répondre que ça dépend des périodes. Il peut en effet y avoir des périodes très stressantes quand on a des situations d'absentisme aigus on va dire par exemple. Euh... ce qui s'est passé il n'y a pas si longtemps. Avec des concours de circonstances où j'essaie, où l'on essaie avec mon cadre supérieur de palier à cet absentisme. Donc là, la gestion, enfin les conditions de travail pour le

cadre sont parfois, j'allais dire stressantes. Parce que notre rôle, quand même, c'est d'assurer le service continu. Donc c'est d'avoir un effectif pour la prise en charge du patient, la sécurité du patient. Mais aussi penser à l'équipe et son bien-être au travail. Où au moins leurs fournir une qualité de travail on va dire, normale. Alors que c'est vrai qu'en cas d'absentéisme fort, elles ne peuvent pas répondre à leurs missions de manière correcte si elles n'ont pas l'ensemble des moyens. Et là, c'est de **MA** responsabilité. Donc c'est vrai qu'il y a certaines situations telles que l'absentéisme, d'ailleurs j pense que tous les cadres parlent de ça parce ça peut être quelque chose de récurant... C'est assez stressant de savoir comment on peut résoudre ce problème-là même si on est pas le seul sur le terrain à y réfléchir, et qu'on peut avoir de l'aide du cadre supérieur dans certaines réflexions, et ainsi de trouver des solutions collectives. C'est une situation que moi je pense assez stressante.

**d11** : Très bien, et comment faites-vous pour y faire face ?

**D11** : Je suis dans... quand il y a un absentéisme aigu, je suis beaucoup euh... dans la proximité avec, avec les équipes paramédicales. Que ce soit avec les aides-soignantes ou les infirmières, j'essaie de palier à certaines choses, d'organisation en fonction... Je les aide moralement aussi. Et je sais que s'il y a un absentéisme infirmier euh, en ce sens que les aides-soignantes ne peuvent pas palier à une absence infirmière mais dans l'autre sens, l'infirmière peut aider et c'est plus facile de compenser. Et une absence infirmière, j'essaie à la limite de prendre leur téléphone et de répondre à leur place pour éviter que ça interrompe la prise en charge dans certains tours. Ça peut être un exemple. Pour les aides-soignantes, j'essaie de coordonner certains soins. Si euh... nos collègues... et de mutualiser. Donc si nos collègues d'à côté en oncologie peuvent prêter main forte à certains moments... Comme la vaisselle par exemple, à certains tours... Donc elles peuvent gérer la vaisselle de leurs collègues par exemple. Voilà, essayer de mutualiser et de voir avec mes collègues comment on peut gérer faire passer, faire glisser certains actes vers d'autres professionnels. Ou alors essayer de... on peut aussi jongler sur la prise en charge des patients en essayant de, ou avancer l'hospitalisation du patient, ou la reculer. Et ça, c'est de la collaboration, la coopération avec l'accord de l'équipe médicale. Encore un exemple. S'il y a du bio-nettoyage et s'il y a par exemple un absentéisme sur l'après-midi, on peut essayer d'avancer du bio-nettoyage sur l'équipe du matin qui, elle, serait en effectif normal. Enfin voilà. J'essaie de trouver des solutions ponctuelles pour essayer de soulager au moment de l'absentéisme. Mais c'est vrai que bon, c'est pas toujours satisfaisant et c'est très stressant. Un absentéisme au jour le jour, bah là c'est difficile de palier. Bon si c'est un absentéisme sur la semaine, bon, on arrive à jongler entre guillemets, et trouver des solutions en sollicitant les équipes hein. C'est certain. De déplacer ou des repos compensateurs ou euh... de voir comment on peut arriver avec le CICS... C'est l'équipe de remplacement pardon ! *[sourire]*.

**d12** : D'accord ! *[rises]*. Là, je ne connais pas.

**D12** : Oui, c'est une équipe de remplacement pour le pôle, qui est gérée par le cadre supérieur, et qui intervient en cas d'absentéisme. Encore faut-il qu'il y ait de la disponibilité ! Donc voilà. Donc ça peut être ça aussi. Donc c'est essayer de trouver des petites solutions ponctuellement sur du court terme. A moyen terme, c'est de, de jongler sur le planning qui est d'ailleurs un outil de management assez important et très cher à tout le monde... *[rises]*. Et puis si c'est sur du long terme, comme là on a vécu trois longs arrêts maladies de plus d'un an, c'est donc là de ce fait un recrutement pour remplacer carrément le professionnel.

**d13** : Très bien. Maintenant, vous avez commencé un peu à me l'évoquer mais concernant à présent plus spécifiquement votre rôle de manager avec l'équipe que vous avez à diriger, comment vous pourriez me le présenter, me le décrire ? Comment vous fonctionnez avec elle ?

**D13** : Je pense d'abord que le manager euh... le participatif c'est bien, mais on peut pas tout le temps y être, Des fois le directif s'impose et ça plait pas forcément à tous dans ces cas-là *[sourire]*. Je pense aussi que le management, tant avec l'équipe paramédicale que médicale, ça ne se fait pas du jour au lendemain. Euh... là moi c'est vrai que je suis en poste depuis 2008, et on a appris à se connaître. Aussi bien avec l'équipe paramédicale que médicale. Et avec l'équipe paramédicale aides-soignantes, infirmières, ASH,

c'est de savoir reconnaître euh... on va dire les caractères, pour adapter le management. Et euh travailler... enfin en ce qui me concerne c'est travailler aussi avec ces équipes en tout transparence et en toute honnêteté. En toute franchise. De manière à ce que je puisse avoir une relation d'égal à égal pour euh, faire passer des messages, comprendre leurs problématiques mais aussi essayer de leur faire comprendre nos contraintes. Donc pour moi, c'est un management de proximité qui est très important.

**d14** : Et vous le ressentez vraiment cette dimension de proximité ?

**D14** : Oui, oui, oui. Je pense que c'est une grande partie de mon travail et j'en ai besoin. Mais ce n'est pas le point de vue de tous les cadres de santé je pense. Enfin ce n'est que mon avis. Mais je pense que le type de management est peut-être du à la formation. Euh... ensuite y'a la transparence et l'honnêteté. Ça m'aide aussi à... à changer et faire changer les choses. Euh... ça les aide à comprendre les changements. Et en ce qui concerne le management de l'absentéisme, avec comme je disais le planning comme outil, c'est essayer d'être dans le donnant-donnant, pour que tout le monde soit gagnant quoi. C'est vrai qu'un jour, il y a un sous-effectif, j'ai besoin d'une aide-soignante ou d'une infirmière... Mais en échange le repos que je déplace, si je peux le placer à côté d'un weekend pour qu'il soit plus long... Voilà. Ça c'est des petites astuces qui font... Ou alors si je peux justement les placer avant la période de congé annuel, donc prolonger la période de congé annuel... Ce sont des... Alors est-ce que c'est de la manipulation, je ne sais pas *[grimace]*. Où nous sommes à la limite *[sourire]*.

**d15** : *[rires]*.

**D15** : Ça peut être à la limite, mais on est dans le donnant-donnant. J'arrive à faire respecter un effectif et puis une sécurité pour tout le monde. Et puis à côté de ça, bah le professionnel qui se propose pour revenir, et bah moi je lui redonne de manière à ce qu'elle est un complément quoi. Voilà. Et puis j'ai envie de développer une relation de confiance avec elles, de les mettre en valeurs, de les motiver pour qu'elles puissent évoluer. Mais ça se construit à la longue. On ne peut pas s'approprier comme cela du jour au lendemain. Et c'est vrai que là, à ce jour, moi je m'estime dans le confort avec l'équipe paramédicale et médicale. Parce qu'on se connaît assez bien, on connaît le fonctionnement des uns et des autres. Et on est pas dans les affrontements, dans... Faut savoir aussi chacun de son côté mettre de l'eau dans son vin pour réussir à aller vers un même objectif. Tout ça pour la prise en charge du patient quoi.

**d16** : Donc aujourd'hui est-ce qu'on peut résumer en disant que ça fonctionne bien, et avec votre équipe paramédicale, et avec celle médicale ?

**D16** : Moi je dirais que ça fonctionne. On arrive à travailler ensemble, en toute intelligence et de manière constructive. Et c'est vrai qu'on arrive à faire avancer les choses. À améliorer certaines situations et à mettre en place des actions, ça c'est sur.

**d17** : Et plus spécifiquement maintenant en termes de formation, comment vous pensez aujourd'hui vous former au quotidien, dans l'exercice de votre métier ? Et éventuellement quels serez vos besoins en formation, si je vous demande aujourd'hui quels sont vos manques et quels seraient donc vos besoins ?

**D17** : *[grimace]* Alors là, euh... C'est un point très sensible !

**d18** : Ah mince...

**D18** : Parce que, nous avons une formation continue institutionnelle qui est très riches. Mais très riche pour les équipes paramédicales ou autre. Mais pour les managers, je l'avoue, très pauvre. Et là c'est mon point de vue maintenant que j'ai un peu plus de positionnement. Je trouve que l'institution... à ce jour... et contrairement à ce que j'ai dit au départ... n'offre pas **ASSEZ**... de formation continue... aux cadres managers de santé. Euh... tant pour leur formation tout au long de la vie, comme formation continue pour approfondir certaines connaissances ou utiliser des situations pour avoir à gérer, je sais pas moi, des situations de conflits. Quand on se retrouve dans ces situations là. Euh... des leviers de changement aussi.



Enfin voilà. Tout ce que le manager devrait déjà avoir comme outils... Il a des bases avec sa formation, mais c'est une formation de base. On ne peut...

**d19** : C'est-à-dire de base ?

**D19** : Avec l'IFCS, avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé où on a une formation de dix mois. On est riche également de l'expérience de faisant-fonction mais qui peut nous ouvrir seulement à une fonction, qui peut nous faire réfléchir à posteriori. Mais en termes de formation continue, l'institution, à mon goût, n'offre pas assez de formations pour que l'on puisse s'enrichir. Même de façon strictement personnelle. Parce que jusqu'à présent, l'évolution du cadre de santé euh... c'est pour devenir cadre supérieur. Mais ça c'est très limitant. Et on a pas forcément envie d'avoir cette, ce profil-là. Personnellement, moi si j'ai un projet de formation, c'est pas pour devenir cadre supérieur. C'est pour continuer d'une manière personnelle à m'enrichir. Mais aussi à enrichir mes compétences pour continuer à travailler sur le terrain dans une unité, avec une équipe.. que ce soit celle-ci ou une autre hein. Parce que je suis pas euh... je suis mobile. Même si jusqu'à présent, je n'ai occupé que ce poste-là. Mais c'est vrai que si j'avais à m'enrichir, pourquoi je n'irai pas dans un service de chirurgie pour continuer à développer mes compétences auprès d'une autre unité, et d'une autre équipe paramédicale, médicale, chirurgicale et anesthésiste si on est dans un contexte de chirurgie. Mais là aussi, ça va être un certain temps. Après je vais arriver à maîtriser. Donc dans un sens, il me reste que la mobilité pour reproduire. Donc en termes de formation continue, là l'encadrement, moi je trouve ça très limité. En termes de **PROJET** professionnel, j'ai envie aussi d'évoluer vers des masters pour euh... pour continuer à... à faire profiter l'institution. Pourquoi pas, en échange et en retour. Et puis pourquoi pas aussi personnellement évoluer. Ca, c'est certain.

**d20** : Donc si vous estimez qu'en termes de formation formelle, classique type formation continue, vous êtes limitée, comment faites-vous vous-même au quotidien pour apprendre...

**D20** : Je.. Enfin, c'est-à-dire que là, pour l'instant euh... *[rises]*. Comment dire euh... Je suis abonnée à une petite revue *[me montre une revue hebdomadaire]*. Voilà, sur les cadres.

**d21** : *[rises]*.

**D21** : Euh... j'ai aussi... Bon, l'expérience que j'ai. J'ai aussi les cours de base pour des rappels, mes collègues et leurs expériences. Voilà.

**d22** : Vous échangez souvent avec vos collègues sur ce qu'il se passe...

**D22** : Oui ! Pour savoir comment elles fonctionnent. Et aussi exposer un cas, une situation, en se disant bah voilà, moi je suis là et je ferai ça. Je réfléchis. Qu'est-ce que t'en pense toi. Comment tu réagirais.

**d23** : Et ça se passe quand et comment dans ces cas-là ?

**D23** : C'est complètement informel, c'est ponctuel euh... C'est à un moment donné où on se pose et on se dit ah oui tiens, mais là, à l'IFCS on avait dit que dans cette situation on ferait ça. Et hop, on ressort un bouquin et... Ah bah moi j'ai mon cours. Alors on pourrait faire comme ça et euh...

**d24** : *[sourire]*. Et c'est régulier ces échanges ? Où bien c'est vraiment quand il arrive un gros soucis ou il n'y a pas besoin de ça pour échanger ensemble...

**D24** : (silence). C'est plus quand on a une situation qui nous questionne vraiment. Mais pas forcément une difficulté hein, mais une situation qui nous euh... qui nous, oui. Pas qui nous chagrine mais une situation pour laquelle on ne sait pas trop quelle réponse donner. Euh... comment faire. Où alors on a plusieurs scénarios qui s'ouvrent à nous. Donc euh c'est quoi le moins pire. Et après comment faire au niveau des répercussions par rapport à certains scénarios. Donc voilà. C'est surtout quand on a une situation euh... qui amène du coup une sorte de réflexion entre nous.



**d25** : D'accord. Entre vous si j'ai bien compris c'est entre pairs, entre cadres de santé...

**D25** : Hmm.

**d26** : Ca vous arrives aussi d'échanger avec l'équipe quand il y a des cas particuliers ? Est-ce que vous ressentez le besoins dans certains cas d'en discuter avec votre équipe ?

**D26** : Pas en termes de management. C'est-à-dire que si y'a des répercutions sur une organisation ou euh... Non. Là, ce n'est pas de leur rôle. Mais on peut être amenée... Après c'est dans un projet ou en termes de friction de prise en charge où là, j'échange avec elles. Je les informe. Un exemple. En unité stérile, il nous arrive de ne pas avoir huit lits occupés. Ce qui ne nécessite pas forcément l'effectif habituel. Donc une réflexion avec elle. Voilà, on va avoir cinq patients... Que pensez-vous si dans le weekend on réduit l'effectif. Est-ce que l'on donne une journée... Voilà. Si on fait comme ça... Voilà. Là, je me prête avec elle, puisqu'elles ont l'expérience de l'organisation, et moi l'expérience de la gestion des ressources. Donc la question c'est comment on peut mettre en commun nos réflexions. Mais les prises de décisions à la fin, ça me revient. Mais là c'est en échange avec elles, et avec l'accord médical bien sur. Mais tout ce qui est euh... réflexion de management euh... des décisions à prendre dans certaines situations... Là, ça **NOUS** appartient à l'encadrement, pour nous faire réfléchir, nous faire un peu cogiter. Et puis bon bah après, reste la décision à prendre quoi.

**d27** : D'accord. Et à présent je m'interroge pour savoir quelle est votre expérience des risques psychosociaux pour vous-mêmes, et éventuellement ce que vous avez pu observer durant votre carrière ?

**D27** : (silence). *[Se redresse sur sa chaise]*. J'me suis fait agressée... verbalement... par un médecin... à deux reprises... en tant que cadre.

**d28** : Ca s'est passé où, comment, pour quelles rai...

**D28** : Dans la salle de soins... un malentendu... une incompréhension de la part du médecin. Après peut-être que je me suis mal exprimée. Enfin pas exprimée clairement. Je ne sais pas. Je ne crois pas mais bon après, dans une situation après on ne sait... Enfin voilà, on peut induire aussi des choses. Donc par deux fois, dans... C'était une situation d'organisation.

**d29** : Vous étiez déjà cadre c'est ça ?

**D29** : Hmm, Hmm. Une agression verbale et en bonne et due forme. Avec un médecin qui tourne les talons après une colère. Et c'était dirigé vers l'encadrement, très clairement.

**d30** : En général ? Comment vous l'avez ressenti ?

**D30** : L'encadrement et moi personnellement. Les deux parce que je me suis aussi sentie attaquée parce que ça faisait partie aussi... En plus indirectement parce que ça concernée en plus la nuit, l'équipe de nuit que je ne gère pas du tout en plus. Donc il me tenait responsable de cette situation.

**d31** : Et comment avez-vous régit face à cette situation ?

**D31** : Bah la première fois j'étais un peu décontenancée. J'ai rien compris *[rires]*. Je me suis dit bon, d'accord, très bien. Sachant qu'en général, je ne me laisse pas marcher sur les pieds *[sourires]*.

**d32** : *[rires]*.

**D32** : Euh, la deuxième fois, je n'ai pas répondu. J'ai regardé ses collègues bien dans les yeux parce que là aussi ça m'a étonné.

**d33** : Collèges médecins ?

**D33** : Oui, oui. Et devant des infirmières puisque c'était dans la salle de soins donc voilà. Et la deuxième fois, je suis allé voir mon chef de service pour lui dire. J'en ai informé aussi mon cadre supérieur. Pour leurs dire que c'était la dernière fois qu'il me parlait sur ce ton et de cette manière-là. Je veux dire qu'il n'avait pas à.. Qu'on devait travailler dans le respect les uns et les autres. Et la prochaine fois, si ça devait se reproduire, que je les avertirai et que j'irai directement à la médecine du travail. Voilà. Parce qu'on est dans cette situation, clairement.

**d34** : Et le fait d'aller leur dire que vous iriez à la médecine du travail, c'était sous l'ordre de la menace ou parce que ça vous a quand même touché...

**D34** : Non, parce que de un, pour faire remonter les situations qui peuvent être récurrentes parce que je ne suis pas à l'abri d'une autre agression de cette personne-là. Euh... que la médecine du travail, elle est là aussi pour faire remonter les choses. Euh... que mes supérieurs hiérarchiques et aussi mes collaborateurs médicaux sont aussi là pour prendre position, dans cette situation. Que j'estime que je fais mon travail comme il se doit. Et au regard de mes évaluations, je pense que ça correspond à ce qu'on attend de moi. Et que c'est pas une personne qui... Enfin, on a pas à agresser les professionnels et on ne doit pas s'agresser entre professionnels. On peut travailler en toute intelligence. Si y'a un problème, c'est pas de cette manière-là qu'on peut le régler (silence). Donc de manière à faire remonter ça au sein de l'institution parce que ce sont des situations qui existent. Qui sont voilées, certaines cachées ou pas assez connues en tous les cas. Et que les risques psychosociaux ils sont là, et qu'il faut agir à un moment donné. Donc moi je pense qu'il faut arrêter de se voiler la face...

**d35** : Vous avez d'autres expériences ? Peut-être pas de viol...

**D35** : Si, si. De la part d'un médecin pareil, envers l'équipe médicale ou plutôt certaines infirmières.

**d36** : Mais les relations avec les médecins sont pas tout...

**D36** : Non, non, non. Donc ça euh... je les ai lors des entretiens... Parce que ce n'était pas en ma présence. Quand ça se passe, c'est pas en ma présence [*se racle la gorge*]. Ça se passe... Enfin j'ai pris connaissance de cette situation-là lors des entretiens individuels annuels. Au fur et à mesure, chacune des infirmières et des aides-soignantes. Enfin pas toutes mais 80%. Elles m'ont fait part des difficultés rencontrées avec cette personne.... La même. Donc j'ai fait remonté aussi la situation au chef de service et au cadre supérieur parce que je suis aussi responsable de leur santé au travail quand même [*sourire*]. Et me voiler la face, je ne trouve pas ça honnête. Donc euh... oui, oui. C'est une situation qui s'est passée déjà. Ignorer un professionnel et parler à sa collègue alors que l'infirmière est à côté et prend en charge le patient... (silence). C'est **IGNORER** une personne quand même. Je trouve ça vraiment nul. C'est violent. Ne pas parler à une infirmière, mais s'adresser à sa collègue qui est juste à côté... Enfin bon, un exemple.

**d37** : Et aujourd'hui dans votre activité, estimez-vous vous sentir épanoui dans votre travail ? Dans tout ce que vous faites quotidiennement ?

**D37** : [*grimace*]. Euh j'arrive maintenant avec une certaine expérience à un certain positionnement, dans ce sens que j'arrive à formuler et à dire certaines choses quand ça va, mais aussi quand ça va pas. Et comment on peut améliorer les choses, que ce soit avec mes collaborateurs directs ou avec mes supérieurs hiérarchiques. En ce sens que quand j'arrive à dire les choses, ça me permet vraiment de me soulager d'un poids. Donc oui. Alors épanoui bon... On travaille dans une institution, avec des contraintes et des impossibilités. C'est compréhensible même si parfois c'est un peu capillaire-tracté. Faut les accepter. Donc pour les accepter, faut verbaliser. En ce qui me concerne, c'est comme ça. Donc j'arrive à mettre les formes et à verbaliser les choses.

372 **d38** : C'est donc votre façon d'accepter euh *[rires]*.  
373  
374 **D38** : D'accepter... de comprendre (silence).  
375  
376 **d39** : Très bien, et bien venons-en à ma dernière grande question qui est la suivante : comment vous  
377 définiriez-vous aujourd'hui ? Qui êtes-vous ?  
378  
379 **D39** : *[fait des yeux ronds]*  
380  
381 **d40** : *[rires]*. Etonnement !  
382  
383 **D40** : \*\*\* \*\*\*, cadre de santé épanouie au boulot *[rires]*.  
384  
385 **d41** : Oui mais pas votre état civil *[rires]*. Non, autre que...  
386  
387 **D41** : *[rires]*. Comment je pourrai me définir ?!  
388  
389 **d42** : Oui, comment vous vous définiriez. Au travail ou en dehors, comme vous voulez.  
390  
391 **D42** : *[fait des yeux ronds une nouvelle fois]*. Y'a longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi !  
391  
392 **d43** : Et bien oui, c'est ce que je vois *[rires]*.  
393  
394 **D43** : Je réfléchis pour les autres mais sur moi... J'ai réussi à ce jour à euh... allier mon côté professionnel,  
395 mon côté personnel et mon côté associatif. Et là, vous voyez les trois cercles, et bah je suis au centre  
396 *[dessine de façon imaginaire un rond sur la table avec son doigt]*.  
397  
398 **d44** : Et d'un point de vue de votre personnalité ?  
399  
400 **D44** : Euh... Alors (silence).  
401  
402 **d45** : Mais de façon assez spontanée hein.  
403  
404 **D45** : Non mais oui, oui *[rires]*. Mais la spontanéité bah euh... je ne l'ai plus autant. Ca c'est l'âge.  
405  
406 **d46** : *[rires]*.  
407  
408 **D46** : C'est peut-être aussi la sagesse ?! *[grimace]*.  
409  
410 **d47** : *[rires]*. Oui, oui, c'est peut-être le début !  
411  
412 **D47** : Non, non. On va pas se vanter non plus euh... Je suis... (silence). Oh je suis quoi *[sourire]*. (silence).  
413  
414 **d48** : Je ne peux pas répondre à votre place ! *[sourire]*. Autant dans le positif que dans le négatif.  
415  
416 **D48** : Bah je serai plus dans le positif. Je suis une **PROFESSIONNELLE**, qui a de la **MOTIVATION**, euh qui a  
417 des **CONVICTIONS** euh... qui aime son **TRAVAIL** et qui aime particulièrement travailler avec l'équipe en  
418 hématologie. Euh... qui aime aussi faire avancer des projets et aider au quotidien les professionnels de  
419 soins (silence). J'ai dit motivée ?  
420  
421 **d49** : Oui *[sourire]*.  
422  
423 **D49** : Je suis très motivée alors ! Bon épanouie, je dirais pas jusqu'à épanouie mais qui est bien dans ses  
424 basket. D'ailleurs j'en porte depuis quelques temps maintenant pour travailler. J'ai adopté les baskets et

425	euh... Non je me sens à l'aise dans mon travail. A l'aise dans mon travail. Je sais où je vais et je sais ce que
426	je veux. Là à ce jour je pense que c'est parce que j'ai pris certaines décisions par rapport à... <i>[rires]</i> . A ce
427	que je veux faire. Voilà. Non je me sens à l'aide dans mon travail.
428	
429	<b>d50</b> : Très bien ! Vous avez autre chose à dire où on termine là-dessus ? <i>[rires]</i> .
430	
431	<b>D50</b> : Non mis à part que ça fait du bien de parler comme ça. Ca me permet de réfléchir un peu.
432	
433	<b>d51</b> : Et bien c'est parfait si ça peut vous apporter autant à vous qu'à moi ! Ca sera tout également pour
434	moi. Merci du temps que vous avez bien voulu m'accorder.
435	
436	<b>D51</b> : De rien.

## Transcription d'entretien – Mme E\*

- Cet entretien s'est déroulé le jeudi 21 février 2014, dans une salle de l'Université. Il a duré un peu plus de trente-cinq minutes. Mme. E\* et nous-mêmes étions placés d'une part et d'autre d'une table, en face à face l'une de l'autre, un ordinateur et un discret micro posés entre nous afin d'enregistrer notre échange pour pouvoir le transcrire dans une volonté postérieure d'analyse.

1	<b>e1</b> : Commençons d'abord par une rapide présentation. Je suis ainsi actuellement étudiante en Master 2
2	Sciences de l'Education et de la Formation à l'Université de ** **. Dans ce cadre, je mène un mémoire de
3	recherche sur la thématique de la qualité de vie au travail chez les cadres de santé, suivant une volonté de
4	faire le lien entre ce que je vois en stage d'étude au sein de l'*** **, et la théorie mise en avant dans ma
5	recherche. C'est pourquoi je me suis adressée plus particulièrement à vous afin que nous puissions
6	échanger ensemble sur votre expérience en tant que cadre de santé.
7	
8	<b>E1</b> : Très bien.
9	
10	<b>e2</b> : Pour ce faire, j'ai prévu un nombre restreint de questions à vous poser. Questions auxquelles je
11	n'attends pas de réponses particulières. C'est à vous d'y répondre de manière spontanée. Voilà. Ce qui
12	vous vient à l'esprit à l'évocation de ces questions. Alors tout d'abord, la première question consiste, si
13	vous le voulez bien, à me présenter votre parcours de formation et le ou les professions que vous avez été
14	amenés à exercer jusqu'à aujourd'hui.
15	
16	<b>E2</b> : Donc j'ai 52 ans bientôt. J'ai commencé dans les soins à l'âge de 18 ans. Euh 5 ans après mon
17	baccalauréat, 5 ans en tant qu'agent hospitalier. Et puis 3 ans après avoir fait le concours d'infirmière, j'ai
18	eu mon diplôme après 8 ans dans la vie professionnel. A la suite de ça j'ai exercé pendant 12 ans en tant
19	qu'infirmière. Et à la suite de ça j'ai réengagé mon projet professionnel vers une fonction cadre. Et je suis
20	actuellement cadre depuis 11 ans maintenant. Et j'ai exercé 9 ans dans les services.
21	
22	<b>e3</b> : Et toujours dans la fonction publique ?
23	
24	<b>E3</b> : Toujours dans la fonction publique. Le travail de cadre, enfin la fonction cadre. Sinon avant, j'ai
25	travaillé dans le secteur privé. Donc dans la fonction publique exactement, je le suis depuis 1997.
26	
27	<b>e4</b> : Très bien. Donc en termes d'organisation de travail et de conditions de travail, quelles sont-elles
28	aujourd'hui pour vous, à la fois au sein du service et plus globalement au sein de l'établissement ?
29	
30	<b>E4</b> : De la fonction cadre vous voulez dire ? D'encadrement ?
31	
32	<b>e5</b> : Oui, les vôtres.
33	
34	<b>E5</b> : Bah c'est une époque difficile depuis la mise en place euh des... des RTT. Parce que les... cette mise en
35	place c'est fait à moyen constant dans le service. Donc ça remonte à 2000... non 2001 la mise en place des
36	RTT. Et depuis nous, nous subissons des réductions de... de personnels. Enfin plus précisément de
37	remplacement. Ce qui fait que l'absentéisme occupe aujourd'hui une grande part de notre gestion
38	courante. C'est-à-dire clairement bah trouver quelqu'un qui va venir en poste pour prendre en charge les
39	patients qui sont dans l'unité. Sachant que nous, nous avons une mission de service public et que le flux
40	des patients, malgré ce qu'évoque un comptage euh mathématique de la direction, est toujours très
41	important. C'est-à-dire que dans une journée, parfois, nous avons euh... Le plus que j'ai vu, c'est trois
42	patients dans une journée pour un service d'hospitalisation de courte durée. Et puis parfois je peux avoir
43	un patient doit aller au bloc, et le temps qu'un autre sorte, moi j'ai déjà repris son lit pour pouvoir
44	accueillir un patient qui va être opéré l'après-midi... (silence).
45	
46	<b>e6</b> : Et alors quels rapports entretenez-vous avec les autres équipes de l'établissement ? Avec vos autres
47	collègues ?

**E6 :** Alors c'est un peu délicat parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire depuis 2009 a restructuré l'hôpital en pôles, ce qui fait qu'on communique à l'intérieur d'un pôle mais on communique plus à l'échelle d'un établissement. Et moi j'y perçois une perte de... une perte pour notre fonction. Parce que ces temps de réunion, c'était aussi des temps d'échanges. Et selon le climat qu'il y a dans le pôle, et bien soit la parole est libre ou soit justement elle n'est pas possible... (silence).

**e7 :** Et donc vous actuellement, quelle est votre situation par rapport à ça ?

**E7 :** Euh... C'est pas toujours facile parce que moi en plus j'ai changé d'établissement. Et en plus je suis dans une équipe où euh... Je suis arrivée nouvelle dans une équipe. Et c'est pas évident de savoir comment je peux évoquer mes difficultés de gestion et de management avec cette nouvelle équipe. Sachant que la cadre supérieure de pôle est très directive. Et qu'elle n'est pas du tout dans un esprit de management participatif. Elle donne des ordres et il faut s'y tenir quoi, notamment en ce qui concerne la gestion de l'absentéisme.

**e8 :** C'est-à-dire ? Est-ce que vous avez un exemple peut-être ?

**E8 :** *[se racle la gorge]*. C'est-à-dire, par exemple euh, on sait que pour le remplacement d'une infirmière qui est enceinte, on va avoir ce qu'on appelle deux mois de carences. C'est-à-dire personne sur ce poste pour un remplacement. Donc il faut solliciter les membres de l'équipe. Comme les infirmières sont moins nombreuses que les aides-soignantes, c'est très délicat parce que euh... on est obligé de faire revenir les personnes sur leurs repos. Et même si on leur propose d'autres repos et qu'on essaie d'être le plus entre guillemets arrangeante, c'est-à-dire de réponse à leur demande ou de proposer hein, parce que c'est pas toujours possible pour nous de pouvoir rendre ces repos à la demande de la personne qui a rendu service à l'équipe. Et puis ce que j'ai remarqué aussi depuis l'organisation en pôle, c'est un certain **SENS** de l'intérêt commun qui n'existe plus. C'est-à-dire bah que c'est à l'intérieur du pôle, même voir même selon la personne, euh la personnalité du cadre sup', en fonction de l'intérêt qu'il porte à sa propre unité. Enfin moi je perçois ça. Mais c'est personnel hein.

**e9 :** Mais vous me parlez d'un intérêt commun qui était partagé avant. Quel était-il ?

**E9 :** Alors l'intérêt commun c'était euh, notamment le transfert d'un patient si on a pas de place. Pour l'hébergement d'un patient qui relève de notre discipline... Parce qu'en plus de l'absentéisme, y'a aussi une grosse gestion des lits, c'est-à-dire des places d'hospitalisation. Et souvent, quand on connaissait nos collègues de l'institution qui avaient des spécificités de soins qui étaient euh.. des spécialités de soins pardon qui étaient proches de la nôtre, on pouvait négocier entre nous et les médecins nous suivaient dans cette hospitalisation. Bien sur, à charge de rapatrier le patient dans l'unité par laquelle il est pris en charge. Aujourd'hui c'est, c'est différent. C'est... Parce que les pôles ont été constitués au bon vouloir de l'entente des médecins. Ce qui fait qu'il n'y a pas forcément une cohérence dans la constitution des pôles de soins. Ce qui fait que vous pouvez avoir une spécialité qui est voisine de la vôtre comme la chirurgie thoracique et la chirurgie cardiaque, mais euh... Où la réanimation aussi. Mais vous ne pouvez pas demander de l'aide pour un transfère de compétences d'aides-soignants ou d'infirmière parce que là, maintenant, c'est vraiment le fonctionnement en pôles.

**e10 :** Et donc comment vous faites dans ces cas-là ?

**E10 :** Bah c'est très dur parce que soit je, je sollicite les membres de l'équipe présente pour faire le remplacement. Et bien sur toute chose à une fin. Quand vous avez solliciter par rapport à un remplacement qui n'est pas comblé plusieurs fois une personne, au bout d'un moment elle dit non. Et moi j'ai par principe de ne pas insisté parce que j'estime qu'on est certes des professionnels et qu'on a une mission de service public, mais qu'il y a un moment donné... on est euh... on peut pas être corvéable à merci. Surtout pour garder sa lucidité et sa concentration dans le cadre des soins. Et puis euh, bah parfois je prends des risques. Une infirmière que dit bah \*\*\*, moi je peux venir que quatre heures le soir... Donc

quand je dis que je prends des risques, c'est par rapport à la prise en charge des patients. Et là j'avoue que ça me met encore dans un autre stress. Celui de... de pas toujours pouvoir respecter la vie privée des agents. Et puis celui de ris... Et là personne m'épaule. Là je suis la seule responsable. C'est-à-dire que s'il y a un accident ou un problème, c'est moi qui suis responsable en premier lieu de cette organisation, puisque le cadre il est responsable de l'organisation paramédicale, dans son unité.

**e11** : Alors, bon, vous avez déjà commencé un petit peu à me l'évoquer mais si je vous demande de me parler plus spécifiquement du management que vous mettez en place avec votre équipe de soin, comment vous me le qualifieriez, vous me le définiriez ?

**E11** : Alors y'a deux paramètres. Y'a le management euh... que je connais actuellement avec mon cadre supérieur, qui **M'IMPOSE** une forme de management. Et moi, dans cette forme de management, y'a une part d'autonomie que je garde. Et qui est axé sur mes valeurs humaines euh... humanistes. C'est-à-dire ce que j'évoquais avec vous, de ne pas forcer les gens... Ce qui me met parfois vraiment en difficulté, moi-même, par rapport à ma responsabilité. Et surtout celle de la qualité des soins. Mais bon je, je... Comment dire. Je suis rarement arrivée à cette extrémité, parce que justement, j'essaie d'être dans la collaboration, la transparence, de faire participer tous les éléments que je peux communiquer à l'équipe. Alors par exemple, qui soit d'ordre de, de difficultés à recruter pour les vacances d'été ou de remplacements. Je leurs évoque et je leurs en fait part. Ca euh... je pense que c'est des adultes avec qui je travaille. Et moi je leurs fait part de ça. Et ce que j'avais fait dans le service où j'étais avant, c'était les groupes de paroles par rapport... Et aussi les revues de dossiers avec la psychologue du travail, par rapport à... à la difficulté de la prise en charge des patients dans l'unité qui était spécifique. Par contre, là, dans le service où je suis c'est aussi très, très dure cette prise en charge parce que euh... (silence). Comment dire euh... les patients ont... la santé des patients peut se dégrader très vite. Et des patients qui sont jeunes. Et là, j'ai pas pu le faire. Donc souvent ça se fait, enfin c'est moi qui vais souvent aux transmissions pour pouvoir euh... Comment dire... développer ce temps de libre parole et d'expression des équipes, quand ça va pas par rapport à une prise en charge.

**e12** : Mais quand vous dites que vous n'avez pas pu le faire, c'est à cause de quoi ?

**E12** : La volonté de l'établissement qui, qui n'est pas dans cette démarche là. Et bien sur de ma cadre supérieure qui ne me suit pas... Ca c'est... pour moi c'est euh... c'est vraiment aller **CONTRE**, contre les valeurs de mon management. Et ça c'est une source d'insatisfaction au travail, voir même des fois de... Que je comble en recevant les patie.. euh les membres de l'équipe dans mon bureau. Et j'ai beaucoup, comment dire, un rôle social, d'écoute des membres de l'équipe.

**e13** : Et alors les relations avec cette équipe, quelles sont-elles ?

**E13** : Les relations sont... sont... comment dire... très... (silence) Très empathique de la part de l'équipe d'aides-soignantes. C'est-à-dire que quand ils me voient en difficultés, ils comprennent cette difficulté, et ils ont une certaine autonomie par rapport à trouver des solutions. Plus de difficultés avec l'équipe infirmière qui est inféodée à l'identité médicale, et qui ne perçoit pas, qui n'a pas une bonne image du cadre par rapport aux personnes qui m'ont précédé. Donc quand je les écoute, elles sont un peu surprises, et parfois prennent cette écoute comme de la faiblesse. En fait, elles attendent plus d'autorité de la part d'un cadre. Alors que moi, je suis pas du tout là-dedans.

**e14** : Ce ressenti vous l'avez avec toutes ?

**E14** : Pas toutes, pas toutes mais euh, une infirmière en particulier qui, qui justement n'a pas pu avoir un poste de cadre et faire l'Ecole. Et qui est dans cette configuration de... jusqu'à aller de se faire passer par téléphone pour le cadre de l'unité.

**e15** : C'est-à-dire ?



**E15** : Bah c'est-à-dire qu'elle téléphone euh, quand elle veut une place si par exemple je suis en vacances, et qu'elle cherche une place pour une hospitalisation, elle ne fait pas appel à ma collègue mais elle téléphone et dit qu'elle est le cadre de l'unité. Bon au téléphone... Donc c'est là que j'ai perçu que c'était par rapport à la fonction et pas forcément par rapport à moi. Et peut-être que... Donc elle, elle a pris ce rôle de, comment dire, de leader, oui de leader dans l'équipe. Et elle traite directement avec mon cadre supérieur qu'elle connaît depuis très longtemps. Donc ça aussi c'est, c'est lourd.

**e16** : Vous agissez comment alors ?

**E16** : Bah je pense que... je lui ai d'abord, en accord avec le cadre sup', confié un poste de coordination parce qu'elle a une autorité. Mais euh... je suis toujours en train de la responsabiliser par rapport à ce poste. Et lui évoquer clairement, je lui ai dit un jour bah non, là, faut pas se faire passer pour le cadre de l'unité. C'est moi le cadre de l'unité. Donc bah, elle a entendu hein. Mais euh... elle, comment dire, elle a... Elle essaie toujours de trouver un autre moyen de prendre cette place... (silence).

**e17** : D'accord. Et d'un point de vue plus spécifique à la formation, comment pensez-vous avoir aujourd'hui l'occasion de vous former quotidiennement dans votre métier ? Et aussi éventuellement, quels seraient vos besoins en termes de formation aujourd'hui ?

**E17** : Alors moi ce qui m'avait beaucoup aidé, c'était la formation que j'avais fait... mais j'étais déjà infirmière à l'époque, et que j'avais fait dans un autre établissement. Ça s'appelait la gestion du stress. Et je crois que c'est là que j'ai voulu être cadre. Euh parce qu'on m'avait appris aussi ce qu'était la psychodynamique du travail. Et d'arriver à lâcher prise sur certaines choses. Et justement de sélectionner le plus important au regard de la qualité des soins. Et ça, ça m'a beaucoup aidé. Euh... aujourd'hui, en termes de formation, ce qui m'aiderait euh, c'est peut-être une gestion du stress adaptée au cadre de santé mais avec euh... (silence) avec une orientation beaucoup plus ancrée dans les... enfin les conditions actuelles économiques de la santé. Enfin moi c'est ce que je perçois.

**e18** : D'accord. Mais vous m'av...

**E18** : Et puis au...

**e19** : Oui, allez-y.

**E19** : Et puis aussi euh... le fait, ce que j'évoquais en premier lieu... Enfin on a plus d'espaces de parole avec les cadres, qui étaient, maintenant avec le recul, qui étaient des espaces de réflexivité. Parce qu'on discutait pas de couture ou de décoration. On parlait plutôt des situations de travail qui nous questionnaient. Et comment les unes ou les autres avaient résolues, ou nous aidaient. Et on était plus dans le partage de, euh... de ces éléments de management. Et ça, ça manque vraiment. C'est-à-dire cette part de, d'analyse de situations avec ses pairs. Alors, est-ce à l'intérieur d'un pôle, quand le cadre supérieur.. ; à mon avis, quand il est dans cette dynamique, ça le fait parce que je l'ai vécu. Mais quand le cadre supérieur ne l'est pas, et bien c'est l'omerta. On ne parle pas de situations gênantes, on les vit. Point barre. Et puis euh... peut-être proposer une formation justement où, même si on est de services différents, l'intérêt. Et c'est ce que je trouvais avant les pôles, c'était qu'on parlait même dans des secteurs différents, on avait les mêmes problématiques. Et ça, peut-être une formation avec euh, ces analyses de situations, cette mise à distance, de la réflexivité.

**e20** : Très bien. Mais alors aujourd'hui, n'ayant pas à disposition ces formations de proposer dans le service au sein duquel vous travaillez, comment faites-vous ? Comment vous procédez ? Comment vous parvenez à affronter les responsabilités qui vous reviennent tous les jours ?

**E20** : Alors moi ce qui m'a aidé, c'est que quand j'ai fait l'école des cadres, on avait fait un bilan sur notre management. Et moi je m'en rappelle, j'étais dans le maximalisme. C'est-à-dire que je voulais à la fois la qualité des soins, à la fois le bien-être de l'équipe au travail, et à la fois bah de m'écarter dans ce que je

faisais. Et euh... ça c'est pas toujours euh.. Aujourd'hui j'suis pas du tout dans la possibilité de réaliser, à mon avis ce... Comment dire... ces valeurs de management. Et bah des fois j'en souffre. C'est-à-dire qu'il y a une alerte. C'est quand je me coince le dos, je sais que là, je vais trop souffrir. Donc j'essaie de mettre de la distance. Je m'arrête pas parce que j'ai vraiment cette responsabilité de manager l'équipe. Je vois même que je me maltraite des fois, d'aller travailler avec le dos coincé. Et puis euh, j'me demande, je me questionne de savoir si je suis encore efficace moi-même quand je souffre quoi. Par rapport à l'équipe, par rapport aux soins. Et puis bah j'ai personne à qui en parler. Et ça c'est lourd. Si ! J'en parle avec des collègues ou des collègues qui ont fait l'école des cadres avec moi, qui partagent et qui vivent ces choses-là dans les structures aussi. Qui sont cadres de santé, qui ont les mêmes difficultés. Et ça me je dis... Quand je dis prendre de la distance, c'est-à-dire que je me positionne pas comme en cause dans ces situations. C'est-à-dire que je fais ce que je peux, avec les moyens que j'ai, en préservant la, ma mission, ma responsabilité de qualité des soins. Mais j'avoue que je suis plutôt dans la sécurité des soins que dans la qualité réelle. Euh, et puis bah des fois je souffre de ne pas être convenante avec ce comment j'envisage le travail. Et j'envisage de partir dans une autre fonction, dans un autre exercice de ma fonction qui est la formation. Parce que bah je, je veux pas non plus y laisser ma santé... (silence).

**e21** : Et bien écoutez, à ce moment-là j'allais vous demander quelle est votre expérience des risques psychosociaux. De même, vous avez commencé à me l'évoquer [*sourire*]. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose suite à cette question ?

**E21** : Oui parce que ce que je voulais dire aussi c'est que, euh... Je me dit que moi, quand je suis pas bien, je me dis que l'équipe aussi est pas bien. Et ça amplifie un petit peu mon, mon mal-être. Parce que je me dis... Bon c'est pas courant hein. Mais quand ça arrive, j'me dis que mon rôle qui est d'accompagner l'équipe, je l'assume pas quoi. Et ça c'est, c'est pas sympa. J'aime bien accompagner les gens dans leurs projets. C'est un si beau métier, le métier des soins, de prendre soin. Donc je crois que ce qui m'aiderait vraiment, c'est de parfois partager avec les autres. Ça arrange les choses parce qu'une collègue va dire, bah tu sais moi j'ai une aide-soignante qui a travaillé dans ton pôle. Et bien je pourrais, si elle est d'accord, lui demander qu'elle fasse un remplacement. Bah ça, ça nous aiderait à tenir un petit peu. Parce qu'il y a des services où il y a moins d'activité et où les équipes euh... [*se racle la gorge*]. Comment dire. Elles ont plus de temps et euh... Et c'était nous les, les... Comment dire... les cadres, qui impulsions ce sens de l'intérêt commun. Oui, voilà. C'était ça. J'ai vécu des moments, dans l'autre établissement où j'étais, pour la canicule. Bon bah j'ai l'équipe avec qui je travaillais qui est venue m'aider. On a pris en charge tous les patients et puis on a été aidé les urgences. Donc y'avait euh, pas pour des soins très faciles parce qu'il s'agissait de soins de toilettes mortelles tellement les patients arrivés décédés aux urgences. Mais c'était dans l'esprit de soulager les collègues. Et j'ai trouvé ça... Personne n'a rien dit ce jour-là. Tout le monde s'est donné la main comme on dit, enfin un coup de main. Et c'était pour le bien. Et ça a mis une synergie qui malheureusement euh... (silence). C'est pas très palpable maintenant. En fin de compte, voilà, je vois plus de... Et puis en plus, il faut rajouter que ce qui me fait tors c'est la suppression des directeurs de soins. Maintenant c'est des coordinateurs mais qui sont dans un positionnement plus de, de, de manager mais euh... qui, qui... Comment dire. Ils n'ont pas cette identité de défendre les soignants. Parce qu'ils peuvent plus.

**e22** : Et donc cela, ça vous porte moraleme...

**E22** : Bah, ça me porte pas moralement mais je me dis qu'on est plus un corps professionnel euh... Je me pose des questions sur l'évolution de notre profession. Est-ce que, puisqu'on a plus de représentation hiérarchique... Alors quand je dis hiérarchique, c'était, enfin je parlais des directeurs de soins, qui sont maintenant rattachés et sous les ordres du directeur des ressources humaines. Alors qu'avant ils avaient une identité dans les organigrammes. Je parle des soins hein. C'est-à-dire que la direction des soins était reconnue comme une réelle direction, comme la direction juridique. Et le fait qu'on ait dissout cette direction dans la direction des ressources humaines, j'me dis bon bah y'a une identité, ou une partie de l'identité qui part quoi. Parce qu'il reste encore une direction des affaires médicales, mais plus de direction des soins. La direction des soins avait des **PROJETS** de soins, **PORTAIT** des **PROJETS** de soins. Maintenant il n'y a plus de projets de soins. Y'a des **PROJETS** médicaux parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

reconnait l'activité des médecins. Mais cela sous-entend qu'il n'y a plus de projets de soins. Il y a des projets médicaux, certes. Mais qu'est-ce que c'est les projets médicaux sans les projets de soins ? Alors, y'a des projets de soins à l'échelle des pôles. Mais pour avoir participé au dernier projet de soins, moi je pense qu'il pourrait y avoir un projet de soins communs euh, au niveau d'un établissement. Il donnerait les grandes stratégies. Mais là les grandes stratégies, elles sont données par... par la gouvernance, par les médecins et par la personnalité des médecins. Mais moi je trouve que notre identité des soins et notre cœur de métier, il perd un peu son, son identité... (silence). Donc ça aussi c'est... Quand on attaque l'identité de soignants, c'est douloureux. Ça participe non pas à un malaise, mais à un manque de... Je parle pas de reconnaissance mais de respect du travail. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que bah, ce qu'on fait euh pfff [*lève les yeux au ciel*]. Moi j'ai connu les mouvements de 1983, où justement les médecins évoquaient que c'était les seuls qui généraient les fonds pour faire tourner les hôpitaux. Mais quand on a fait la grève et qu'on faisait plus du tout les soins, sauf les soins d'urgences. Euh, même les aides-soignantes nous avaient suivi. Ça a fait mal. Ça a fait très mal. C'est-à-dire que bah... ils pouvaient pas quoi. Et dans le secteur privé où j'étais, ça a entraîné des interventions bénignes qui ont été reportées. Ou des examens qui ont été reportés. Là, ça avait une incidence financière, donc ils l'ont encore plus mal vécu... (silence).

**e23 :** Je vois. Et bien je vais finir par ma dernière grande question. Euh... comment vous définiriez-vous aujourd'hui ? Qui êtes-vous ? Qu'elle est votre état d'esprit ? Que me répondez-vous ?

**E23 :** (silence). Et bien moi je me dis que j'ai appris un nouveau métier qui était celui de manager une équipe paramédicale. Mais j'ai gardé mes valeurs soignantes. Et puis j'ai eu l'extrême chance d'avoir une qualité d'exercice dans un établissement où, justement, je me suis sentie respectée dans mes valeurs professionnelles. Des valeurs que j'avais retrouvé pendant la formation à l'Institut des Cadres de Santé. De respect, d'humanité. Et je me dis que manager une équipe c'est extraordinaire, parce que justement, vous voyez arriver des nouveaux arrivants, vous les voyez évoluer dans leurs pratiques. Vous pouvez aussi compter sur des infirmières plus expertes. Et ça, c'est vraiment le bon côté mais euh... ce qui me... ce qui me... ce qui me chagrine c'est justement ces temps d'expression professionnelle qui sont perdus. La nouvelle loi DPC va peut-être remettre ça en force dans les temps de formation. Mais **QUID** sur le terrain quoi ? Moi je l'ai vu en formation initiale, les infirmières le voient en formation initiale. Mais comment on l'organise sur le terrain. C'est pas une priorité parce que la priorité c'est le, l'occupation, le taux d'occupation des lits. C'est la production des soins comme ils disent. Est-ce qu'on produit des soins ? Moi je pense pas. Je pense qu'on prend soin d'une personne, dans sa globalité. Pour donner encore plus de valeurs aux prescriptions médicales, aux compétences médicales. Je pense que c'est un tout. C'est aussi une évolution peut-être sociétale, qui veut pas la solidarité pour tous. Et puis euh... ce qui est super c'est qu'il y a vraiment des pôles d'excellences où, et bah on sauve des gens. De leur redonner de la santé, de la qualité de vie. Donc je pense que des espaces de paroles, et de réinstaller l'expression professionnelle au sein des unités et des établissements. Ça, ça serait bien. Je pense que ça permettrait d'avoir moins de souffrance et de moins se sentir seule comme on est. Et de moins souffrir. Et de renvoyer cette souffrance sur euh, sur nous. Et d'être encore plus accompagnante pour les équipes. Et plus facilitante pour le fonctionnement des unités.

**e24 :** Très bien. Vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?

**E24 :** Euh oui. Juste dire que pour une infirmière qui a un téléphone c'est toutes les... Enfin une infirmière est interrompue toutes les dix minutes. Moi en tant que cadre, c'est le téléphone pour tout et n'importe quoi toutes les cinq secondes. Enfin toutes les... J'ai calculé une fois, c'est toutes les cinq minutes. A tel point de poser le téléphone pour aller aux toilettes et de me dépêcher pour me dire mais qui m'aura appelé. Et puis euh, si par exemple une direction vous appelle parce qu'ils ont besoins d'un... Ca c'est une source de stress aussi. D'un élément tout de suite, maintenant, et bah faut qu'on cesse toute affaire pour aller le renseigner. Par contre **NOUS**, si on a besoin d'une aide pour une prise en charge, on a pas du tout cette réactivité. Pour vous donner un ordre d'idée, tous les directeurs de mon établissement ont les derniers \*\*\*\* avec leurs mails consultables n'importe où dans l'établissement. Moi j'ai un D.E.C.T qui m'hurle dans les oreilles. Dont on ne sait pas l'incidence par rapport aux rayonnements, où dans la poche

317 puisqu'on le garde en permanence. Incidence sur la santé je parle. Et je parle pas du stress. Et quand vous  
 318 êtes en train de courir d'un côté ou de l'autre par rapport à la gestion de service, on vous dit bah vous  
 319 l'avez pas vu votre mail ? Bah non je l'ai pas vu, non, non. Excusez-moi, j'étais auprès d'un patient, d'une  
 320 famille donc non, non, je l'ai pas vu. Donc ça je trouve ça lourd quoi. Et ça, vous voyez, les temps  
 321 d'expressions professionnelles nous permettaient de conscientiser les missions des uns et des autres. Et  
 322 faisant se développer notre sens de l'intérêt commun. On a plus rien de ça. Et je vois pas quel est  
 323 l'intérêt... à part faire justement souffrir et diminuer la qualité de vie au travail. Ca c'est vraiment un  
 324 élément... C'est la non-conscience du travail des uns et des autres... (silence).

325

326 **e25** : C'est très intéressant... Et bien si vous ne voulez pas rajouter quelque chose, j'en ai terminé.

327

328 **E25** : Merci de vous intéresser à ce sujet ! *[sourire]*

329

330 **e26** : Je vous remercie également de votre disponibilité et de votre témoignage.

Tableau d'analyse descriptive – Entretien n°1 - Mme. B\*.

Enoncé brut de B*	N° Q	Unités de sens	Sous-thèmes	Thèmes	Catégories
<p><b>[L17-100]</b> « Peut-être une première question. Il s'agirait de vous présenter, de présenter votre parcours de formation et puis le ou les professions que vous avez pu exercer jusqu'à celle que vous exercez aujourd'hui.</p> <p>B2 : D'accord. Alors je m'appelle *** ***, J'ai trente quatre ans. Et donc ma première profession c'est infirmière. Donc j'ai fait des études d'infirmières de 1997 à 2000. Et ensuite à l'issue, j'ai travaillé dans divers services. Donc j'ai fait beaucoup d'oncologie avec l'accompagnement du patient et la fin de vie. J'ai travaillé en pédiatrie, j'ai travaillé de jour comme de nuit, j'ai aussi travaillé dans des blocs opératoires... J'ai travaillé ensuite toujours en pédiatrie mais dans les soins intensifs. Et donc au cours de cette expérience, cette dernière expérience d'infirmière, j'ai développé un projet de cadre de santé. Donc euh... ce projet a été accompagné par le cadre de service et aussi par la direction des soins. Et donc j'ai intégré un poste de faisant-fonction cadre de santé en décembre 2010. Et donc j'ai travaillé de nuit. Et de nuit on gère beaucoup de services en fait. Enfin on gère... j'avais la gestion de sept services. Et les nuits où je travaillais, j'avais l'ensemble de la tour de l'Hôpital ***, donc ce qui représente une vingtaine de service. Et cela en plus des urgences de *** qu'on avait la nuit. Avec tous</p>	<b>1</b>	<p>« J'ai trente quatre ans. »</p> <p>« ...ma première profession c'est infirmière. »</p> <p>« ...j'ai fait des études d'infirmières de 1997 à 2000. »</p> <p>« Et ensuite à l'issue, j'ai travaillé dans divers services. »</p> <p>« ...j'ai fait beaucoup d'oncologie... »</p> <p>« ...avec l'accompagnement du patient et la fin de vie. »</p> <p>« J'ai travaillé en pédiatrie... »</p> <p>« ...j'ai travaillé de jour comme de nuit... »</p> <p>« ...j'ai aussi travaillé dans des blocs opératoires... »</p> <p>« J'ai travaillé ensuite toujours en pédiatrie mais dans les soins intensifs. »</p> <p>« Et donc au cours de cette expérience, cette dernière expérience d'infirmière, j'ai développé un projet de cadre de santé ». »</p> <p>« ...ce projet a été accompagné par le cadre de service et aussi par la direction des soins. »</p> <p>« ...j'ai intégré un poste de faisant-fonction cadre de santé en décembre 2010. »</p> <p>« ...j'ai travaillé de nuit. »</p>	<p>Age</p> <p>Evolution professionnelle Formation initiale</p> <p>Evolution professionnelle Secteur d'exercice</p> <p>Fonction/mission professionnelle Secteur d'exercice</p> <p>Conditions de travail Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Motivation</p> <p>Soutien hiérarchique Evolution professionnelle Conditions de travail</p>	<p>Identité personnelle Parcours professionnel Parcours de formation Parcours professionnel Parcours professionnel Profession cadre santé Parcours professionnel Environnement travail Parcours professionnel Parcours professionnel Etat psychologique</p> <p>Rapport à la hiérarchie Parcours professionnel Environnement travail</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Rapport aux collègues Parcours de vie</p>

<p>les aléas qui peuvent intervenir euh... qui peuvent intervenir. Que ce soit les fugues, les violences, les problèmes de matériel, d'absentéisme de professionnels et cætera.</p> <p><i>b3</i>: D'accord.</p> <p><i>B3</i> : Donc euh... pendant cette expérience de nuit, j'ai préparé le concours à l'Ecole des cadres. Et j'ai intégré l'Institut de Formation des cadres de santé de *** en 2012. Euh... Donc voilà. En 2012, 2013, j'ai fait une Ecole de cadres avec en parallèle une première année de Master en Sciences de l'Education et de la Formation à l'Université de ***. Et aussi en parallèle une formation de première année de Master de gestion et management en santé. Donc euh... Voilà. Cette année là a été intéressante car c'est la première année où il y a eu une collaboration entre l'IFCS, c'est l'Institut de Formation des Cadres de Santé, et l'Université de ***. Et donc y'a eu un p'tit peu de... de travail qui a été fait par les formateurs en collaboration avec ceux de l'Université. Et avec nous aussi donc moi j'ai trouvé ça assez intéressant...</p> <p><i>b4</i> : Très bien. Et qu'est-ce que ça a apporté selon vous cette collaboration ?</p> <p><i>B4</i> : Euh... J pense que ça nous a permis de décroisonner un p'tit peu le monde de la santé avec l'Université. En tout cas c'est déjà le cas puisque maintenant depuis 2009, les études infirmières sont aussi universitaires. Mais les cadres de santé avec qui j'ai fait mon année</p>	<p>« Et de nuit on gère beaucoup de services en fait. » « Enfin on gère... »</p> <p>« ...j'avais la gestion de sept services [...], j'avais l'ensemble de la tour de l'Hôpital ***, donc ce qui représente une vingtaine de service. » « Et cela en plus des urgences de *** qu'on avait la nuit. » « Avec tous les aléas qui peuvent intervenir euh... qui peuvent intervenir. Que ce soit les fugues, les violences, les problèmes de matériel, d'absentéisme de professionnels et cætera. » « ...pendant cette expérience de nuit, j'ai préparé le concours à l'Ecole des cadres. » « Et j'ai intégré l'Institut de Formation des cadres de santé de *** en 2012. » « ...avec en parallèle une première année de Master en Sciences de l'Education et de la Formation à l'Université de ***. » « Et aussi en parallèle une formation de première année de Master de gestion et management en santé. » « Cette année-là a été intéressante car c'est la première année où il y a eu une collaboration entre l'IFCS [...] et l'Université de ***. Et donc y'a eu un p'tit peu de... de travail qui a été fait par les formateurs en collaboration avec ceux de l'Université. Et avec nous aussi.. donc moi j'ai trouvé ça assez intéressant... » « J pense que ça nous a permis de décroisonner un p'tit peu le monde de la santé avec l'Université. »</p>	<p>Organisation du travail Fonction/mission professionnelle Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail Conditions de travail</p> <p>Evolution professionnelle Formation continue</p> <p>Formation continue</p> <p>Représentation formation continue</p> <p>Apport formation continue</p>	<p>Environnement travail Profession cadre santé Environnement travail</p> <p>Environnement travail Environnement travail</p> <p>Parcours professionnel Parcours de formation Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie Parcours de vie Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p>
---	---	--	---	--



d'étude, on avait notre diplôme avant 2009. Donc on connaissait pas du tout l'Université. Et ça nous a permis de pouvoir avoir une autre approche. Notamment sur la recherche. Alors c'est sur que j'ai pas connu la recherche avant. Mais j'ai connu celle-là. Euh... On allait peut-être plus loin dans certains concepts. Tout ça c'était intéressant en fait.		« En tout cas c'est déjà le cas puisque maintenant depuis 2009, les études infirmières sont aussi universitaires. »	Représentation formation initiale	Parcours de formation	Parcours de vie
b5: D'accord. Dans votre pratique, ça vous a apporté quelque chose ce côté universitaire ?		« Mais les cadres de santé avec qui j'ai fait mon année d'étude, on avait notre diplôme avant 2009. Donc on connaissait pas du tout l'Université. »	Représentation formation initiale	Parcours de formation	Parcours de vie
B5 : Oui ça m'a apporté quelque chose ce côté universitaire, notamment l'approche pédagogique qui euh... qui va au-delà de la pédagogie auprès d'étudiants, auprès d'étudiants en soins infirmiers. Ca a été bien au-delà puisque c'était de la pédagogie beaucoup plus vaste. Et qui peut... qui peut être euh... Comment dire... Qui peut être utilisée envers les professionnels de santé dans le service, et auprès d'instituts de formation qui peuvent être complètement en dehors du système de la santé.		« ...ça nous a permis de pouvoir avoir une autre approche. Notamment sur la recherche. [...] On allait peut-être plus loin dans certains concepts. »	Apport formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
b6 : C'est quoi cette approche pédagogique ? Est-ce que vous pouvez peut-être m'en donner un exemple ? Par rapport à la formation que vous avez eu en tant qu'infirmière... une petite nouveauté...		« Tout ça c'était intéressant en fait. »	Représentation formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
B6 : Une petite nouveauté [sourire]...		« ...ça m'a apporté quelque chose ce côté universitaire, notamment l'approche pédagogique qui euh... qui va au-delà de la pédagogie auprès d'étudiants, [...] en soins infirmiers. Ca a été bien au-delà puisque c'était de la pédagogie beaucoup plus vaste. »	Apport formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
b7 : Enfin je vous dit une petite nouveauté, c'est pour vous...		« Qui peut être utilisée envers les professionnels de santé dans le service, et auprès d'instituts de formation qui peuvent être complètement en dehors du système de la santé. »	Apport formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
B7 : Oui, oui. Euh...		« Moi ce qui m'a le plus marqué c'est l'autonomie qu'on donnait à l'étudiant. »	Représentation formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
		« Et aussi sur quel plan l'étudiant était placé. Il n'est plus... il n'est plus là pour recevoir de l'information et du savoir, mais il participe activement à sa formation et au développement de ses compétences. »	Représentation formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie
		« Moi je vivais la formation avant comme une dispensation de savoirs. Et ça, ça a vraiment bousculé mes croyances. »	Déséquilibre	Etat psychologique	
		« Et moi j'ai trouvé ça très bien. »	Représentation formation continue	Parcours de formation	Parcours de vie



<p><i>b8</i> : Qu'est-ce qu'il n'y avait pas dans votre formation infirmière et que vous avez découvert dans celle des cadres de santé ?</p> <p><i>B8</i> : J'aurais que... Moi ce qui m'a le plus marqué, c'est l'autonomie qu'on donnait à l'étudiant. Et aussi sur quel plan l'étudiant était placé. Il n'est plus... il n'est plus là pour recevoir de l'information et du savoir, mais il participe activement à sa formation et au développement de ses compétences. Moi je vivais la formation avant comme une dispensation de savoirs. Et ça, ça a vraiment bousculé mes croyances. Et moi j'ai trouvé ça très bien. Et je me retrouve beaucoup plus aujourd'hui dans la formation par rapport à avant. C'est certain...</p> <p><i>b9</i> : D'accord. Et avez-vous toujours évolué dans la fonction publique ou bien avez-vous alterné avec le privé ? Et y avait-il des raisons dernière selon un choix de votre part ?</p> <p><i>B9</i> : Alors. J'ai toujours travaillé dans la fonction publique. Alors même pour aller plus loin, je suis née ici, j'ai grandi ici, je suis allé à l'Ecole d'infirmière ici, j'ai tout de suite travaillé au CH de ***. J'ai aussi fait l'Ecole de cadres à *** et aujourd'hui de travaille encore à ***. <i>[sourires]</i></p> <p><i>b10</i> : <i>[rires]</i>.</p> <p><i>B10</i> : Donc je suis quelque part très cloisonnée ici. Ca a été un choix, oui parce que quand j'ai été diplômée, j'ai fait le choix de travailler dans</p>	<p>« Et je me retrouve beaucoup plus aujourd'hui dans la formation par rapport à avant. »  « J'ai toujours travaillé dans la fonction publique. »  « ...même pour aller plus loin, je suis née ici, j'ai grandi ici, je suis allé à l'Ecole d'infirmière ici, j'ai tout de suite travaillé au CH de ***. J'ai aussi fait l'Ecole de cadres à *** et aujourd'hui de travaille encore à ***. »  « ...je suis quelque part très cloisonnée ici. »</p> <p>« Ca a été un choix, oui parce que quand j'ai été diplômée, j'ai fait le choix de travailler dans le service public. Pourquoi le service public. Parce que je crois énormément en certaines valeurs justement du service public... »  « ...qui sont notamment l'accès aux soins pour tous. »  « Le fait aussi de pouvoir évoluer dans sa fonction, de pouvoir changer de service. »  « Et de ce fait quand on change de service quand on est infirmière, on peut presque changer de métier finalement. »  « Et c'est ça qui m'attirait aussi [...] Et qui m'attire toujours dans la fonction publique. »  « ...c'est sur qu'avoir eu une expérience dans le privé, ça aurait été certainement aussi bénéfique pour euh... pour développer certaines compétences, pour voir aussi autre chose. »  « Ma vie a fait que je suis toujours restée dans la fonction publique. »  « Et les valeurs que j'ai sont vraiment en adéquations avec le service public. »</p>	<p>Equilibre</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p> <p>Valeur</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Equilibre</p>	<p>Etat psychologique Parcours professionnel Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel Etat psychologique</p> <p>Environnement travail Etat psychologique Profession cadre santé</p> <p>Etat psychologique Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel Etat psychologique</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p>
---	---	--	---	---

le service public. Pourquoi le service public. Parce que je crois énormément en certaines valeurs justement du service public, qui sont notamment l'accès aux soins pour tous et euh... Le fait aussi de pouvoir évoluer dans sa fonction, de pouvoir changer de service. Et de ce fait quand on change de service quand on est infirmière, on peut presque changer de métier finalement. Et c'est ça qui m'attirait aussi dans la fonction publique. Et qui m'attire toujours dans la fonction publique. Aujourd'hui c'est sur qu'avoir eu une expérience dans le privé, ça aurait été certainement aussi bénéfique pour euh... pour développer certaines compétences, pour voir aussi autre chose. Après c'est... Ma vie a fait que je suis toujours restée dans la fonction publique. Et les valeurs que j'ai sont vraiment en adéquations avec le service public. Et je m'y sens bien.		« Et je m'y sens bien. »	Epanouissement	Etat psychologique	
<p><b>[L102-288]</b> « <i>b11</i> : Très bien. Donc au niveau de vos conditions de travail en tant que cadre de santé, mais aussi plus globalement en termes d'organisation du travail... Comment se passe-t-il dans l'exercice de votre métier ? Tant pour vous que pour votre équipe, et même plus généralement au sein de votre établissement.</p> <p><i>B11</i> : D'accord. Alors les conditions de travail... Peut-être que je vais commencer par l'établissement pour être du plus large au plus... Hum... Je pense qu'elles sont très différentes suivant le poste qu'on occupe au sein de l'établissement et suivant les valeurs qu'on a, les croyances qu'on a. Si on se sent mal au sein du service où on est, peu importante ce que va</p>	2	<p>« Alors les conditions de travail [...] Je pense qu'elles sont très différentes... »</p> <p>« ...suivant le poste qu'on occupe au sein de l'établissement... »</p> <p>« ...et suivant les valeurs qu'on a, les croyances qu'on a. »</p> <p>« Si on se sent mal au sein du service peu importante ce que va faire l'institution pour vous aider à aller mieux. Enfin, c'est ce que je pense moi hein.[...] »</p> <p>« Y'aura pas grand-chose à faire si vous n'êtes pas bien dans vos fonctions, pas bien dans le service où vous êtes. »</p> <p>« Après l'institution, ce qu'elle peut faire... »</p>	<p>Représentation conditions travail</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Absence influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Acteur-ressource</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Ressource extérieure</p>	

<p>faire l'institution pour vous aider à aller mieux.... Enfin, c'est ce que je pense moi hein.</p> <p><i>b12</i> : Oui, bien sur, bien sur.</p> <p><i>B12</i> : Euh... Y'aura pas grand-chose à faire si vous n'êtes pas bien dans vos fonctions, pas bien dans le service où vous êtes. Après l'institution, ce qu'elle peut faire, c'est vous favoriser une mobilité peut-être quant on est pas bien au regard de ses conditions de travail. Je pense que... l'institution où je travaille fait des efforts et en tout cas fait plus d'efforts que ça ne l'a été dans le passé, pour cette mobilité, pour cette amélioration des conditions de travail. Le CHSCT est une instance qui est quand même... Euh, vous connaissez le CHSCT ?</p> <p><i>b13</i> : [sourire] Oui c'est bon, je connais. Merci</p> <p><i>B13</i> : C'est bon ? [sourire]. Non parce que des fois on utilise un jargon donc faut pas hésiter à me demander si j'en utilise un.</p> <p><i>b14</i> : D'accord.</p> <p><i>B14</i> : Hum... Donc le CHSCT est quand même une instance qui est très active hein. On la voit, on la côtoie. C'est pas du tout inconnu. Et chaque projet... enfin chaque projet aussi important soit-il, passe par le CHSCT. Et la dessus, ils viennent aussi sur le terrain pour voir ce qu'il s'y passe donc euh... Y'a des efforts qui sont fait. Maintenant encore une fois, si le professionnel n'est pas bien par rapport à ses croyances au regard du service public, s'il n'est</p>	<p>« ... c'est vous favoriser une mobilité... »</p> <p>« Je pense que l'institution où je travaille fait des efforts et en tout cas fait plus d'efforts que ça ne l'a été dans le passé, pour cette mobilité, pour cette amélioration des conditions de travail. »</p> <p>« ...le CHSCT... »</p> <p>« ...est quand même une instance qui est très active hein. On la voit, on la côtoie. C'est pas du tout inconnu. »</p> <p>« Et chaque projet [...] aussi important soit-il, passe par le CHSCT. »</p> <p>« Et la dessus, ils viennent aussi sur le terrain pour voir ce qu'il s'y passe. »</p> <p>« Y'a des efforts qui sont fait. »</p> <p>« Maintenant encore une fois, si le professionnel n'est pas bien par rapport à ses croyances au regard du service public... »</p> <p>« ...s'il n'est pas bien dans le service où il est »</p> <p>« ...et s'il n'est pas bien dans sa fonction... »</p> <p>« Parce que peut-être qu'aujourd'hui c'est un aide soignant, et puis aide-soignant c'est plus du tout la fonction qu'il a envie d'occuper... »</p> <p>« ...je ne suis pas sur que l'institution puisse faire beaucoup. »</p> <p>« Après au niveau de l'équipe que j'encadre actuellement... »</p> <p>« ...nous sommes en plein milieu d'un projet de restructuration... »</p> <p>« Donc c'est très difficile hein. »</p>	<p>Modalité-ressource</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Acteur-ressource.</p> <p>Représentation</p> <p>Fonction acteur ressource</p> <p>Fonction acteur ressource</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Absence influence souffrance</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p> <p>Conditions travail</p> <p>Difficulté</p>	<p>Ressource extérieure</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	---	--	--	---

<p>pas bien dans le service où il est, et s'il n'est pas bien dans sa fonction... Parce que peut-être qu'aujourd'hui c'est un aide soignant, et puis aide-soignant c'est plus du tout la fonction qu'il a envie d'occuper, à ce moment-là je ne suis pas sûr que l'institution puisse faire beaucoup. Après au niveau de l'équipe que j'encadre actuellement, nous sommes en plein milieu d'un projet de restructuration... enfin d'une restructuration d'ailleurs puisqu'elle a déjà commencé. Donc c'est très difficile hein. Le changement et l'accompagnement du changement et des équipes, c'est quelque chose qui n'est pas facile. L'équipe ne vit pas très bien le changement puisqu'il y a une inadéquation entre ce que souhaite l'équipe, ce que souhaite l'équipe médicale, et ce que souhaite l'institution. Et j'ai même envie de dire au-delà de l'institution, y'a des lois à appliquer, et des directives. Voilà. Donc l'équipe ne vit pas spécialement très bien ce changement. Je crois que c'est vraiment par rapport à leurs conditions de travail, c'est ça qui pêche beaucoup en ce moment. Dans le service où je travaille, on est deux cadres de santé parce ce que c'est une grosse équipe. Et donc on a pris la décision toutes les deux de contacter les psychologues de l'Hôpital. Et donc à compter de... dans même pas un mois maintenant puisque mi-février elles vont faire leur première intervention, puis tous les mois elles viendront faire leur intervention. Tout le monde sera donc autour d'une table, habillé en civile, avec aucune étiquette de couleur... Parce que nous à l'Hôpital de *** on a des couleurs qui indiquent si on est aide-soignant, infirmier, cadre ou médecin. Voilà.</p>	<p>« Le changement et l'accompagnement du changement et des équipes c'est quelque chose qui n'est pas facile. »  « L'équipe ne vit pas très bien le changement... »  « ...puisque'il y a une inadéquation entre ce que souhaite l'équipe, ce que souhaite l'équipe médicale, et ce que souhaite l'institution. »  « Et j'ai même envie de dire au-delà de l'institution, y'a des lois à appliquer, et des directives. »  « Donc l'équipe ne vit pas spécialement très bien ce changement. »  « Je crois que c'est vraiment par rapport à leurs conditions de travail, c'est ça qui pêche beaucoup en ce moment. »  « Dans le service où je travaille, on est deux cadres de santé... »  « ...parce ce que c'est une grosse équipe. »    « ...on a pris la décision toutes les deux... »    « ...de contacter les psychologues de l'Hôpital. »  « ...dans même pas un mois maintenant puisque mi-février elles vont faire leur première intervention... »  « ...puis tous les mois elles viendront faire leur intervention. »  « Tout le monde sera donc autour d'une table, habillé en civile, avec aucune étiquette de couleur... »  « Parce que nous à l'Hôpital de *** on a des couleurs qui indiquent si on est aide-soignant, infirmier, cadre ou médecin. »</p>	<p>Difficulté</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Dimension collective</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Modalité-ressource</p> <p>Modalité-ressource</p> <p>Modalité-ressource</p> <p>Organisation du travail</p>	<p>Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	---	--	---	----------------------------------

<p>Donc y'aura plus de couleur, et chacun va pouvoir exprimer un petit peu ses inquiétudes, son mal-être pour pouvoir améliorer les choses. Et puis collectivement, on décidera d'une thématique pour ce jour-là, et de la thématique pour la fois d'après. Donc j'ai vraiment l'espoir que ça permette aux professionnels de pouvoir améliorer leurs conditions de travail, en tout cas au niveau des facteurs de risque psychosociaux. Clairement. Après y'a évidemment pas que ça que je mets en place pour les accompagner. Je suis quelque de très ouvert, qui laisse la porte ouverte à tout le monde. Je leur redis très régulièrement. Qu'ils peuvent venir me parler. Que s'il y a des décisions que je prends qui ne les satisfont pas... Euh, y'a des choses que je suis prête aussi à négocier. Parce que de toute façon, je peux faire des erreurs, l'erreur est humaine. Mais que je sais aussi donner mes arguments quand j'ai pris une décision, et que je leur explique aussi qu'il ne faut pas rester sur des non-dits et que d'écouter les arguments qu'a la personne, ça peut aussi aider à comprendre une décision, et à l'accepter. Euh... j'suis intimement persuadée et fortement persuadée [sourire] que la communication a un rôle PRIMORDIAL dans l'accompagnement des équipes et dans l'amélioration des conditions de travail. En tout cas je parle beaucoup de risques psychosociaux mais les conditions de travail, c'est quand même plus large.</p> <p><i>b15</i> : Oui.</p> <p><i>B15</i> : Euh... Au niveau des conditions de travail, moi c'est vrai que je ne travaille pas</p>	<p>« Donc y'aura plus de couleur... »</p> <p>« ...et chacun va pouvoir exprimer un petit peu... »</p> <p>« ...ses inquiétudes, son mal-être... »</p> <p>« ...pour pouvoir améliorer les choses. »</p> <p>« Et puis collectivement... »</p> <p>« ...on décidera d'une thématique pour ce jour-là, et de la thématique pour la fois d'après. »</p> <p>« Donc j'ai vraiment l'espoir que ça permette aux professionnels de pouvoir améliorer leurs conditions de travail en tout cas au niveau des facteurs de risque psychosociaux. »</p> <p>« Après y'a évidemment pas que ça que je mets en place pour les accompagner. »</p> <p>« Je suis quelque de très ouvert... »</p> <p>« ...qui laisse la porte ouverte à tout le monde. »</p> <p>« ...Je leur redis très régulièrement. Qu'ils peuvent venir me parler. »</p> <p>« Que s'il y a des décisions que je prends... »</p> <p>« ...qui ne les satisfont pas... Euh, y'a des choses que je suis prête aussi à négocier. »</p> <p>« Parce que de toute façon, je peux faire des erreurs. [...] l'erreur est humaine. »</p> <p>« Mais que je sais aussi donner mes arguments quand j'ai pris une décision. »</p> <p>« ...et que je leur explique aussi qu'il ne faut pas rester sur des non-dits... »</p>	Modalité-ressource	Ressource extérieure	Exercice de la profession
		Modalité-ressource	Ressource extérieure	
		Souffrance	Etat psychologique	
		Motivation	Etat psychologique	
		Dimension collective	Environnement travail	
		Modalité-ressource	Ressource extérieure	
		Motivation	Etat psychologique	
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	
		Personnalité	Identité personnelle	
		Modalité communication	Dimension management	
		Modalité communication	Dimension management	Exercice de la profession
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	
		Modalité communication	Dimension management	
		Représentation	Rapport au savoir	
		Modalité communication	Dimension management	
		Modalité communication	Dimension management	

<p>depuis longtemps dans le service donc j'essaie d'observer. Et c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses de faite pour la prévention du mal de dos euh... pour euh... Là notamment elles étaient une infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences, qui est quand même quelque chose de difficile comme poste car elles sont responsables de l'orientation d'un patient... Maintenant elles sont deux. L'institution a mis deux personnes <i>[frappe sur la table avec ses mains]</i> le matin, la nuit. Donc ça c'est des choses qui ont beaucoup amélioré leurs conditions de travail. Mais de toute façon, je crois qu'il y a toujours des choses qu'on peut améliorer avec les moyens qu'on a... financiers <i>[sourire]</i>.</p> <p><i>b16 : [rires].</i> Dans les limites qu'on vous impose...</p> <p><i>B16 :</i> Dans les limites qu'on a en tout cas <i>[rires]</i>.</p> <p><i>b17 :</i> Mais vous me parlez d'un changement, d'une restructuration. Expliquez-moi un petit peu en quoi ça consiste exactement que je puisse comprendre un peu plus.</p> <p><i>B17 :</i> Alors donc c'est vraiment une restructuration qui a été faite pour l'instant au niveau des locaux. Donc les patients étaient accueillis d'une très mauvaise façon, à mon sens et au sens de beaucoup de personnes hein. Les patients qui attendaient, notamment sur un brancard, attendaient dans les couloirs, en plein courant d'air...attendaient des fois presque</p>	<p>« ...et que d'écouter les arguments qu'a la personne ça peut aussi aider à comprendre une décision, et à l'accepter. »</p> <p>« ...j'suis intimement persuadée et fortement persuadée que la communication a un rôle PRIMORDIAL dans l'accompagnement des équipes... »</p> <p>« ...et dans l'amélioration des conditions de travail. »</p> <p>« En tout cas je parle beaucoup de risques psychosociaux mais les conditions de travail, c'est quand même plus large. Au niveau des conditions de travail... »</p> <p>« ...moi c'est vrai que je ne travaille pas depuis longtemps dans le service... »</p> <p>« ...donc j'essaie d'observer. »</p> <p>« ...c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses de faite pour la prévention du mal de dos... »</p> <p>« Là notamment elles étaient une infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences, qui est quand même quelque chose de difficile comme poste car elles sont responsables de l'orientation d'un patient... Maintenant elles sont deux. L'institution a mis deux personnes <i>[frappe sur la table avec ses mains]</i> le matin, la nuit. »</p> <p>« Donc ça c'est des choses qui ont beaucoup amélioré leurs conditions de travail. »</p> <p>« Mais de toute façon, je crois qu'il y a toujours des choses qu'on peut améliorer... »</p> <p>« ...avec les moyens qu'on a... financiers. [...] Dans les limites qu'on a en tout cas <i>[rires]</i> »</p> <p>« ...c'est vraiment une restructuration qui a été faite pour l'instant au niveau des locaux. »</p>	<p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Représentation</p> <p>Ancienneté</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Modalité-ressource</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Motivation</p> <p>Contraintes</p> <p>Evolution conditions travail</p>	<p>Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p>
--	---	--	---	--



<p>déshabillés avec juste une chemin d'opérer dans les couloirs, avec tous les passages qu'il pouvait y avoir et cætera. Donc il y a eu une grande pièce qui a été faite. Qui est agréable et qui spacieuse, lumineuse... pour pouvoir faire attendre ses patients dignement. Y'a aussi une pièce qui a été faite pour l'infirmière d'accueil et d'orientation, pour pouvoir voir les patients de façon assez digne, et qui lui permet en même temps de pouvoir surveiller avec un coup d'œil les patients qui sont en salle d'attente [<i>se racle la gorge</i>]. Et l'accueil... enfin la structure pour accueillir les ambulanciers a aussi été améliorée, notamment avec des rideaux de chaleur qui permettent de ne pas attendre dans le froid, pour le patient et pour le brancardier aussi hein. Donc ensuite euh... Ca c'est une première phase de travaux qui est terminée. Et une deuxième phase de travaux va permettre d'augmenter la capacité d'accueil des patients en urgence psychiatrique, parce qu'on a ça aussi au service. Et euh... qu'est-ce qu'ils vont faire aussi... Voilà, ils vont ouvrir un nouveau service au sein de l'Hôpital pour permettre de pouvoir héberger des patients qu'on ne peut pas héberger dans d'autres services, ce qui permettra à priori d'avoir un flux plus rapide et donc une attente moins longue pour les patients. Donc tout ça c'est centré autour du patient. En parallèle, y'a eu aussi une restructuration au niveau des effectifs, notamment l'augmentation du personnel à l'accueil, que ce soit de jour ou de nuit. Et donc une diminution du personnel sur le secteur... ce qu'on appelle le secteur du déchoquage, c'est le secteur des urgences vitales on va dire hein. C'est là que c'est pas facile de</p>	<p>« Donc les patients étaient accueillis d'une très mauvaise façon... »  « ...à mon sens et au sens de beaucoup de personnes hein. »  « Les patients qui attendaient, notamment sur un brancard, attendaient dans les couloirs, en plein courant d'air...attendaient des fois presque déshabillés avec juste une chemise d'opérer dans les couloirs, avec tous les passages qu'il pouvait y avoir et cætera. »  « Donc il y a eu une grande pièce qui a été faite [...] pour pouvoir faire attendre ses patients dignement. »  « Qui est agréable et qui spacieuse, lumineuse... »  « Y'a aussi une pièce qui a été faite pour l'infirmière d'accueil et d'orientation pour pouvoir voir les patients de façon assez digne, et qui lui permet en même temps de pouvoir surveiller avec un coup d'œil les patients qui sont en salle d'attente. »  « Et l'accueil... enfin la structure pour accueillir les ambulanciers a aussi été améliorée, notamment avec des rideaux de chaleur qui permettent de ne pas attendre dans le froid, pour le patient et pour le brancardier aussi hein. »  « Et une deuxième phase de travaux va permettre d'augmenter la capacité d'accueil des patients en urgence psychiatrique... »  « ...ils vont ouvrir un nouveau service au sein de l'Hôpital pour permettre de pouvoir héberger des patients qu'on ne peut pas héberger dans d'autres services, ce qui permettra à priori d'avoir un flux plus rapide et donc une attente moins longue pour les</p>	<p>Conditions de travail Représentation</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Evolution conditions travail</p> <p>Représentation</p> <p>Evolution conditions travail</p> <p>Evolution conditions travail</p> <p>Evolution conditions travail</p> <p>Evolution conditions travail</p>	<p>Environnement travail Environnement travail Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail Environnement travail</p>	
--	--	--	--	--



<p>diminuer un effectif sur un secteur [<i>frappe sur la table avec ses mains</i>]. Donc c'est sur ce point-là que le travail va être le plus compliqué auprès de l'équipe.</p> <p><i>b18</i> : Et au niveau des conditions de travail mais les vôtres. Sans parler de votre équipe, en tant que cadre de santé au sein d'un établissement, quelles sont-elles ?</p> <p><i>B18</i> : [<i>rires</i>]. Alors moi je suis quelqu'un de très positif.</p> <p><i>b19</i> : Très bien ! [<i>rires</i>]</p> <p><i>B19</i> : [<i>rires</i>]. Donc je vais pas beaucoup pleurer sur mon sort.</p> <p><i>b20</i> : Non mais je ne cherche pas forcément ça [<i>rires</i>].</p> <p><i>B20</i> : Donc mes conditions de travail. Moi je travaille soit du matin, soit du soir. Donc ça déjà, c'est des conditions de travail pour un cadre qui sont pas... qui sont assez exceptionnelles finalement. Donc soit j'arrive à six heures et demi du matin, ou soit je repars à vingt-et-une heures le soir. Euh... donc ça, ça fait parti de... enfin j'ai envie de dire ça fait parti d'un cloisonnement qui pourrait exister presque hein. Parce que c'est sur qu'à six heures et demi, on croise pas d'autres collègues cadres. Quand on a besoin d'un conseil ou autre chose, bah on peut pas appeler sa collègue dans un autre service pour avoir un conseil. Voilà. Deuxièmement, c'est un service qui est isolé,</p>	<p>patients. »</p> <p>« En parallèle, y'a eu aussi une restructuration au niveau des effectifs, notamment l'augmentation du personnel à l'accueil, que ce soit de jour ou de nuit. »</p> <p>« Et donc une diminution du personnel sur le secteur... ce qu'on appelle le secteur du déchoquage, c'est le secteur des urgences vitales... »</p> <p>« C'est là que c'est pas facile de diminuer un effectif sur un secteur [...] Donc c'est sur ce point-là que le travail va être le plus compliqué auprès de l'équipe. »</p> <p>« Alors moi je suis quelqu'un de très positif. »</p> <p>« Donc je vais pas beaucoup pleurer sur mon sort. »</p> <p>« Moi je travaille soit du matin, soit du soir. »</p> <p>« ...c'est des conditions de travail pour un cadre qui sont pas... qui sont assez exceptionnelles finalement. »</p> <p>« Donc soit j'arrive à six heures et demi du matin, ou soit je repars à vingt-et-une heures le soir. »</p> <p>« ...j'ai envie de dire ça fait parti d'un cloisonnement qui pourrait exister presque. Parce que c'est sur qu'à six heures et demi, on croise pas d'autres collègues cadres. »</p> <p>« Quand on a besoin d'un conseil ou autre chose... »</p> <p>« ...bah on peut pas appeler sa collègue dans un autre service... »</p> <p>« Deuxièmement, c'est un service qui est isolé, c'est-à-dire qu'il est au moins un du bâtiment. Et y'a pas d'autres services. »</p>	<p>Evolution conditions travail</p> <p>Evolution conditions travail</p> <p>Difficulté</p> <p>Personnalité</p> <p>Personnalité</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Conditions de travail</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	--	---	--	----------------------------------

<p>c'est-à-dire qu'il est au moins un du bâtiment. Et y'a pas d'autres services. C'est-à-dire que j'ai des collègues qui travaillent sur des plateaux où euh... C'est-à-dire je sais pas, au cinquième étage, et bah au cinquième étage, y'a plusieurs services, et les collègues elles peuvent se voir facilement. Moi c'est vrai que si j'allais pas le midi manger avec deux ou trois collègues des étages, je verrai pas vraiment de, j'aurai pas vraiment de contact avec mes pairs.</p> <p><i>b21</i> : Oui, c'est ce que je voulais vous demandez comme précision. Vos collègues, ce sont les autres cadres de santé.</p> <p><i>B21</i> : Les autres cadres de santé. Voilà. Tout à fait. Donc moi je fais en sorte d'avoir ce contact, je fais en sorte pendant mon temps de travail de monter dans les étages. Des fois au lieu de passer un coup de téléphone, et bien je vais voir ma collègue au lieu de lui téléphoner. Ca me permet de prendre contact. Et puis évidemment, moi le repas du midi c'est ENORME <i>[rises]</i>. Et je trouve que c'est vraiment un moment où on peut rencontrer d'autres collègues. Et j'essaie de m'attacher à ne pas manger tous les midis avec les mêmes personnes. Ce qui n'est pas forcément facile. Parce qu'il y a quand même pas mal de cloisonnement entre les différents services.</p> <p><i>b22</i> : Entre les différents services... et quel rôle peut jouer aussi votre statut ?</p> <p><i>B22</i> : Entre professionnels vous voulez dire ?</p>	<p>« C'est-à-dire [...] bah au cinquième étage, y'a plusieurs services, et les collègues elles peuvent se voir facilement. »</p> <p>« Moi c'est vrai que si j'allais pas le midi manger [...] j'aurai pas vraiment de contact avec mes pairs. »</p> <p>« ... avec deux ou trois collègues des étages... »</p> <p>« Donc moi je fais en sorte d'avoir ce contact, je fais en sorte pendant mon temps de travail de monter dans les étages. »</p> <p>« Des fois au lieu de passer un coup de téléphone, et bien je vais voir ma collègue au lieu de lui téléphoner. Ca me permet de prendre contact. »</p> <p>« Et puis évidemment, moi le repas du midi c'est ENORME <i>[rises]</i>. »</p> <p>« ...c'est vraiment un moment où on peut rencontrer d'autres collègues. »</p> <p>« Et j'essaie de m'attacher à ne pas manger tous les midis avec les mêmes personnes. »</p> <p>« Ce qui n'est pas forcément facile. »</p> <p>« Parce qu'il y a quand même pas mal de cloisonnement entre les différents services. Entre professionnels, oui, il y a un cloisonnement qui existe. »</p> <p>« Ca c'est certain parce que le cadre représente la hiérarchie, et le cadre supérieur aussi, et le directeur encore plus. »</p> <p>« Donc moi la première je crée un cloisonnement parce que j'utilise le vouvoiement dans mon équipe »</p> <p>« Et je l'utilise volontairement parce que pour moi, c'est plus facile de me positionner vis-à-vis de quelqu'un si je le vouvoie plus que si je</p>	<p>Dimension collective</p> <p>Temps communication</p> <p>Dimension collective Démarche d'action communication</p> <p>Démarche d'action communication</p> <p>Temps communication Dimension collective Démarche d'action Communication Difficulté communication</p> <p>Représentation</p> <p>Modalité communication</p> <p>Besoin</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Environnement travail Environnement travail Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Dimension management</p> <p>Profession cadre santé</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	---	--	---	--

<p><i>b23</i> : Oui.</p> <p><i>B23</i> : Hum. Entre professionnels, oui, il y a un cloisonnement qui existe. Ca c'est certain parce que le cadre représente la hiérarchie, et le cadre supérieur aussi, et le directeur encore plus. Donc moi la première je crée un cloisonnement parce que j'utilise le vouvoiement dans mon équipe. Et je l'utilise volontairement parce que pour moi, c'est plus facile de me positionner vis-à-vis de quelqu'un si je le vouvoie plus que si je le tutoie. Donc aussi un cadre a de temps en temps besoin de se positionner. Régulièrement même [<i>sourire</i>]. Et donc de ce fait, il est important pour moi de... Donc oui, oui. Il existe un cloisonnement mais j'ai envie de dire, je pense qu'il est nécessaire. Mais c'est pas le même cloisonnement qui existe entre heu... entre différents... Par exemple, donc l'Hôpital est organisé en pôles d'activités, et c'est vrai que [<i>sourire</i>]... c'est assez flagrant de voir les différentes personnes, le pôle cœur il mange là, le pôle reconstruction mange là... Alors moi je suis la seule cadre du pôle sur *** **, les autres sont sur ** *. Donc du coup je suis obligée de me mélanger avec les autres. Donc c'est très bien [<i>rires</i>]. Sinon je mangerai toute seule. Non mais c'est quelque chose qui est dommage moi je trouve.</p> <p><i>b24</i> : De ne pas se mélanger ? De ne pas se mélanger plus ?</p> <p><i>B24</i> : Hum. Moi j'étais assez surprise parce que je suis quelqu'un d'assez naïve. Et donc comme je travaillais de nuit, et de nuit c'est</p>	<p>le tutoie. »</p> <p>« Donc aussi un cadre a de temps en temps besoin de se positionner. Régulièrement même. »</p> <p>« Donc oui, oui. Il existe un cloisonnement... »</p> <p>« ...mais j'ai envie de dire, je pense qu'il est nécessaire [...] l'Hôpital est organisé en pôles d'activités... »</p> <p>« ... et c'est vrai que [<i>sourire</i>]...c'est assez flagrant de voir les différentes personnes, le pôle cœur il mange là, le pôle reconstruction mange là... »</p> <p>« Alors moi je suis la seule cadre du pôle sur *, les autres sont sur *. »</p> <p>« Donc du coup je suis obligée de me mélanger avec les autres. »</p> <p>« Donc c'est très bien [<i>rires</i>]. Sinon je mangerai toute seule. »</p> <p>« Non mais c'est quelque chose qui est dommage moi je trouve. »</p> <p>« Moi j'étais assez surprise... »</p> <p>« ... parce que je suis quelqu'un d'assez naïve. »</p> <p>« Et donc comme je travaillais de nuit... »</p> <p>« ...et de nuit c'est complètement décroisé hein par contre. »</p> <p>« L'infirmière du pôle cœur, enfin l'infirmière qui est en cardio, si une nuit y'a trop d'infirmières en cardio et puis y'en a pas assez en orthopédie, l'infirmière en cardio elle va travailler en orthopédie... »</p> <p>« Ca de jour c'est... ouf [<i>rires</i>]. Ca va être très compliqué »</p>	<p>Besoin</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Représentation</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Démarche d'action communication</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Déception</p> <p>Etonnement</p> <p>Personnalité</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Difficulté communication</p>	<p>Profession cadre santé</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	--	---	---	----------------------------------

complètement décroisé hein par contre. Vraiment. L'infirmière du pôle cœur, enfin l'infirmière qui est en cardio, si une nuit y'a trop d'infirmières en cardio et puis y'en a pas assez en orthopédie, l'infirmière en cardio elle va travailler en orthopédie et y'a aucun problème. Ca de jour c'est... ouf [ <i>rires</i> ]. Ca va être très compliqué. Sauf que moi je n'avais pas vraiment cette sensation que c'était si cloisonné de jour.	« Sauf que moi je n'avais pas vraiment cette sensation que c'était si cloisonné de jour. » « ...l'équipe médicale, je ne considère pas que se sont des supérieurs hiérarchiques. » « ...ça se passe très bien. »	Représentation	Environnement travail	
<i>b25</i> : Et avec les autres équipes, l'équipe médicale et celle de direction, comment ça se passe en tant que cadre de santé ?	« On échange entre collègues. »	Représentation	Rapport aux médecins	Rapport aux collègues
<i>B25</i> : Euh... l'équipe médicale, je ne considère pas que se sont des supérieurs hiérarchiques. Ca se passe... ça se passe très bien. On échange entre collègues. Après, y'a des hauts et y'a des bas mais bon. En général ça se passe plutôt bien. Avec la hiérarchie ça se passe aussi très bien. Après c'est sur que je vais avoir plus de contacts avec le cadre supérieur qu'avec le directeur de pôle. Enfin encore avec le directeur de pôle si, je le vois très souvent et y'a un échange qui vraiment me permet de me sentir à l'aise. C'est vraiment des gens qui vont pas essayer d'écraser leur hiérarchie ou quoi que ce soit. Enfin vraiment je le ressens comme des gens qui me permettent de m'exprimer, de me mettre à l'aise. Des fois ils sont pas d'accord avec mes arguments. Ils donnent les leurs et après euh... Y'a pas de conflits, ça c'est sur. Après, peut-être aussi que j'ai la chance d'être dans un service où le cadre supérieur et le directeur sont des gens qui sont... Et des médecins du service	« Après, y'a des hauts et y'a des bas mais bon. » « En général ça se passe plutôt bien. »  « Avec la hiérarchie ça se passe aussi très bien. » « Après c'est sur que je vais avoir plus de contacts avec le cadre supérieur qu'avec le directeur de pôle. » « Enfin encore avec le directeur de pôle si, je le vois très souvent... » « ... et y'a un échange... »  « ...qui vraiment me permet de me sentir à l'aise. » « C'est vraiment des gens qui vont pas essayer d'écraser leur hiérarchie ou quoi que ce soit. Enfin vraiment je le ressens comme ça... des gens qui me permettent de m'exprimer, de me mettre à l'aise. » « Des fois ils sont pas d'accord avec mes arguments. Ils donnent les leurs et après euh... Y'a pas de conflits, ça c'est sur. » « Après, peut-être aussi que j'ai la chance d'être dans un service où le cadre supérieur et le directeur sont des gens [...] qui sont des gens accessibles »	Facilité communication Echange de vécu	Rapport aux médecins Rapport au savoir	Rapport aux collègues
		Modalités relationnelles Facilité communication Facilité communication Modalités relationnelles	Rapport aux médecins Rapport à la hiérarchie Rapport à la hiérarchie	Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues
		Modalités relationnelles Echange de vécu	Rapport à la hiérarchie Rapport au savoir	Rapport aux collègues
		Epanouissement	Etat psychologique	
		Soutien hiérarchique	Rapport à la hiérarchie	Rapport aux collègues
		Modalités relationnelles	Rapport à la hiérarchie	Rapport aux collègues
		Représentation	Rapport à la hiérarchie	Rapport aux collègues

<p>également hein... qui sont des gens accessibles et cætera. Je sais que ça n'existe pas dans tous les services. Après je dis les médecins... y'a certains médecins où ça se passe pas très bien. Y'a eu de vieilles histoires entre les cadres et les médecins qui ont... (silence). Qui ont euh... qui ont cassé la relation qu'ils y avaient entre ces deux statuts. Et y'a certains médecins je pense qu'ils sont encore un petit peu restés sur ça <i>[rires]</i>. J'suis arrivée, nouvelle, et on m'a cataloguée comme cadre donc voilà. Mais c'est vraiment une très petite minorité de personnes... que j'ai encore espoir de faire changer d'avis <i>[exclamation de rires]</i>.</p> <p><i>b26 : [rires]. Vous y travaillez tous les jours ?</i></p> <p><i>B26 : J'y travaille, j'y travaille. Je leur dis bonjour même s'ils ne me répondent pas [rires]. Non j'suis toujours positive, vraiment hein. J'essaie... enfin voilà, j'ai toujours eu cette esprit là et euh... et y'a pas de raison que je le perde pour l'instant [rires]. »</i></p>		<p>« Et des médecins du service également hein... »</p> <p>« Après je dis les médecins y'a certains médecins où ça se passe pas très bien. »</p> <p>« Y'a eu de vieilles histoires entre les cadres et les médecins... (silence) qui ont cassé la relation qu'il y avait entre ces deux statuts. »</p> <p>« Et y'a certains médecins je pense qu'ils sont encore un petit peu restés sur ça <i>[rires]</i>. J'suis arrivée, nouvelle, et on m'a cataloguée comme cadre... »</p> <p>« Mais c'est vraiment une très petite minorité de personnes... »</p> <p>« ...que j'ai encore espoir de faire changer d'avis <i>[exclamation de rires]</i>. »</p> <p>« J'y travaille, j'y travaille. Je leur dis bonjour... »</p> <p>« ...même s'ils ne me répondent pas <i>[rires]</i>. »</p> <p>« Non j'suis toujours positive, vraiment hein. J'ai toujours eu cette esprit là et euh... et y'a pas de raison que je le perde pour l'instant. »</p>	<p>Représentation</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Difficultés communication</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p> <p>Démarche d'action communication</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Personnalité</p>	<p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Identité personnelle</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p>
<p><b>[L290-371]</b> « <i>b27 : Parfait, gardez-le ! En ce qui concerne plus spécifiquement maintenant votre équipe, parlez-moi du management que vous mettez en place avec elle. Comment vous fonctionnez avec votre équipe ? Voilà, dites-moi comment ça se passe.</i></p> <p><i>B27 : Alors quand je suis arrivée en tant que jeune cadre, j'avais envie de faire un management participatif [sourire]. Mme. **** si vous m'entendez, je suis désolée pour ce que vous allez entendre [exclamation de rires].</i></p>	3	<p>« ...quand je suis arrivée en tant que jeune cadre... »</p> <p>« ...j'avais envie de faire un management participatif <i>[sourire]</i>. »</p> <p>« Les concepts, c'est une chose c'est sur. »</p> <p>« ...vraiment, moi j'avais lu [...] Je m'étais vraiment intéressée à ça. Le Professeur *** a écrit un livre qui était vraiment très intéressant et qui m'avait vraiment... qui m'avait vraiment touché, voilà. Et je m'étais dit que vraiment c'est ça que je veux faire... finalement j'ai voulu mettre ça en place assez</p>	<p>Evolution professionnelle</p> <p>Motivation</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Motivation</p>	<p>Parcours professionnelle</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Parcours de vie</p>

<i>b28 : [exclamation de rires]. Non mais au moins là vous êtes confronté à la réalité. Les concepts, c'est une chose...</i>	<i>B28 : Les concepts, c'est une chose c'est sur. Donc quand je suis arrivée vraiment, moi j'avais lu sur le management participatif. Je m'étais vraiment intéressée à ça. Le Professeur *** a écrit un livre qui était vraiment très intéressant et qui m'avait vraiment... qui m'avait vraiment touché, voilà. Et je m'étais dit que vraiment, c'est ça que je veux faire. Après quand je suis arrivée, finalement j'ai voulu mettre ça en place assez rapidement, pouvoir faire participer l'équipe à mes décisions. J'me suis rendue compte qu'arriver et commencer comme ça, c'était utopique là où j'arrivais. Non seulement c'est une très grosse équipe donc de toute façon, ils ne seront pas d'accord entre eux. Enfin là, vraiment, ça s'est révélé comme ça. A chaque fois que j'ai voulu les faire participer à une décision. Ca se déchirait, et j'avais l'impression de déchirer l'équipe plus que... de les accompagner. Donc j'ai adopté un management plus directif. Ce qui s'est révélé euh... Ce qui ne m'a pas semblé mauvais en soi. C'est-à-dire que l'équipe l'a bien pris et j'ai senti un apaisement finalement. Le cadre a pris sa décision. C'est celle-là et puis ceux qui ne sont pas content, à la limite ils venaient me voir et je leur expliquais mes arguments. Maintenant ça fait six, sept mois que je suis en poste et euh... je lâche pas mon envie de faire du management participatif. Donc j'ai recommencé un petit peu à... Mais vraiment petit à petit. J'ai pas... j'ai pas lâché un management participatif comme</i>	<i>rapidement... »</i> <i>« ...pouvoir faire participer l'équipe à mes décisions. »</i> <i>« J'me suis rendue compte qu'arriver et commencer comme ça, c'était utopique là où j'arrivais. »</i> <i>« Non seulement c'est une très grosse équipe... »</i> <i>« ...donc de toute façon, ils ne seront pas d'accord entre eux. »</i> <i>« A chaque fois que j'ai voulu les faire participer à une décision, ça se déchirait... »</i> <i>« ...et j'avais l'impression de déchirer l'équipe plus que... de les accompagner. »</i> <i>« Donc j'ai adopté un management plus directif. »</i> <i>« Ce qui ne m'a pas semblé mauvais en soi. C'est-à-dire que l'équipe l'a bien pris et j'ai senti un apaisement finalement. »</i> <i>« Le cadre a pris sa décision. C'est celle-là et puis ceux qui ne sont pas content, à la limite ils venaient me voir et je leur expliquais mes arguments. »</i> <i>« Maintenant ça fait six, sept mois que je suis en poste... »</i> <i>« ...je lâche pas mon envie de faire du management participatif. »</i> <i>« Donc j'ai recommencé un petit peu... Mais vraiment petit à petit [...] j'ai pas lâché un management participatif comme ça. »</i> <i>« C'est-à-dire que par exemple, là j'ai voulu sortir le planning du mois de mars. Les vacances, ça ne passait pas dans les effectifs. Donc je leur ai donné plusieurs choix possibles, soit on pouvait réduire, enfin mettre en effectif minimum pour la semaine, soit je</i>	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession	
		Conditions de travail	Environnement travail		
		Difficulté	Dimension management		Exercice de la profession
		Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession	
		Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession	
		Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession	
		Représentation	Dimension management	Exercice de la profession	
		Modalité communication	Dimension management	Exercice de la profession	
		Ancienneté	Profession cadre santé	Exercice de la profession	
		Motivation	Etat psychologique		
		Démarche d'action	Dimension management		Exercice de la profession
		Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession	



<p>ça. C'est-à-dire que par exemple, là j'ai voulu sortir le planning du mois de mars. Les vacances, ça ne passait pas dans les effectifs. Donc je leur ai donné plusieurs choix possibles, soit on pouvait réduire, enfin mettre en effectif minimum pour la semaine, soit je refusais des congés, soit y'en avait certains qui revenaient sur leurs jours et cætera. Et donc j'ai préparé une réunion. On s'est tous rencontré en réunion et euh... et du coup euh... déjà, ce que j'ai noté c'est que y'a eu une participation forte à cette réunion. Ce qui n'est pas du tout le cas depuis que je suis arrivée. A toutes les réunions de service, sur environ soixante-dix agents, y'avait trois à quatre présents. Voilà. Donc ce qui relève d'un malaise quand même hein. Donc j'ai été très, très, très étonnée [<i>rires</i>]... de ce taux de participation. Et là déjà, j'ai senti beaucoup plus de participation. Avec des personnes qui étaient euh... [<i>frappe sur la table avec ses mains</i>] qui faisaient des propositions. A chaque fois j'en profite pour leur redire que mon bureau est ouvert et que peut-être que je pourrai pas les recevoir dans la minute, quand ils ont besoin d'échanger avec moi. Mais que de toute façon, je les recevrai, et je prendrai le temps qu'il faudra pour rester avec eux... (silence). Et j'espère que ça leur va bien. Y'en a quand même plusieurs qui sont venus me voir et qui ont pu me parler soit de choses des fois plus personnelles pour que je comprenne un peu leur situation, soit de choses très professionnelles. Et euh... ce qui me permet aussi d'améliorer la qualité dans le service et ainsi la qualité des soins auprès du patient.</p>		<p>refusais des congés, soit y'en avait certains qui revenaient sur leurs jours et cætera. » « Et donc j'ai préparé une réunion. »</p> <p>« On s'est tous rencontré en réunion... »</p> <p>« ...déjà, ce que j'ai noté c'est que y'a eu une participation forte à cette réunion. Ce qui n'est pas du tout le cas depuis que je suis arrivée. » « A toutes les réunions de service, sur environ soixante-dix agents, y'avait trois à quatre présents. Donc ce qui relève d'un malaise quand même hein. » « Donc j'ai été très, très, très étonnée de ce taux de participation. » « Et là déjà, j'ai senti beaucoup plus de participation. Avec des personnes qui étaient euh... [<i>frappe sur la table avec ses mains</i>] qui faisaient des propositions. » « A chaque fois j'en profite pour leur redire que... » « ...mon bureau est ouvert... »</p> <p>« ...et que peut-être que je pourrai pas les recevoir dans la minute quand ils ont besoin d'échanger avec moi. Mais que de toute façon, je les recevrai et je prendrai le temps qu'il faudra pour rester avec eux. Et j'espère que ça leur va bien. » « Y'en a quand même plusieurs qui sont venus me voir et qui ont pu me parler soit de choses des fois plus personnelles pour que je comprenne un peu leur situation, soit de choses très professionnelles. »</p>	<p>Temps communication Modalité communication Evolution de la participation</p> <p>Représentation</p> <p>Etonnement</p> <p>Evolution de la participation</p> <p>Modalité communication Lieu communication Modalité communication</p> <p>Echange de vécu</p>	<p>Environnement travail Dimension management Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique Dimension management</p> <p>Dimension management Environnement travail Dimension management</p> <p>Rapport au savoir</p>	<p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	--	--	---	---	---



<p><i>b29</i> : Et les relations avec cette équipe, comment vous les qualifieriez ?</p> <p><i>B29</i> : Euh... Comment je les qualifiez ? Euh... Ca dépend avec qui. Avec l'équipe en général, elle est plutôt... bonne. Après, y'a des personnes en particulier, on sent qu'ils sont dans l'agressivité, dans la revendication et cætera. Mais encore une fois j'suis assez nouvellement arrivée dans le service. Y'a des gens qui me connaissent pas, qui viennent de revenir de congés maternités et d'arrêts maladies. Et euh... Et donc avec qui je travaille aussi pour qu'on apprenne à faire connaissance, et cætera. Donc dans l'immense majorité des cas, la relation avec l'équipe, elle est bonne. Après, évidemment, y'a des personnes avec qui ça passe peut-être un p'tit peu moins bien. De leur côté, pas du mien. J'travailles pour euh...</p> <p><i>b30</i> : Comme avec l'équipe médicale [<i>rires</i>]</p> <p><i>B30</i> : Comme avec l'équipe médicale [<i>rires</i>]. Mais ça passe mieux quand même avec les soignants. Y'a aucun soignant qui répond pas à mon bonjour. [<i>rires</i>].</p> <p><i>b31</i> : [<i>rires</i>]. D'accord. Alors vous me parler de management directif, c'est-à-dire ? Comment vous fonctionnez dans ces cas-là ?</p> <p><i>B31</i> : Alors quand j'ai fonctionné, enfin quand je fonctionne en management directif, c'est-à-dire que j'identifie un dysfonctionnement, j'identifie un problème. Et que JE prends la décision de euh... de la suite à donner à ce</p>	<p>« Et euh... ce qui me permet aussi d'améliorer la qualité dans le service et ainsi la qualité des soins auprès du patient. »</p> <p>« Avec l'équipe en général elle est plutôt... bonne. »</p> <p>« Après, y'a des personnes en particulier on sent qu'ils sont dans l'agressivité, dans la revendication et cætera. »</p> <p>« Donc dans l'immense majorité des cas, la relation avec l'équipe elle est bonne... »</p> <p>« Après, évidemment, y'a des personnes avec qui ça passe peut-être un p'tit peu moins bien. De leur côté, pas du mien. »</p> <p>« J'travailles pour [...] Comme avec l'équipe médicale [<i>rires</i>]. »</p> <p>« Mais ça passe mieux quand même avec les soignants. Y'a aucun soignant qui répond pas à mon bonjour. [<i>rires</i>]. »</p> <p>« Alors quand j'ai fonctionné, enfin quand je fonctionne en management directif, c'est-à-dire que j'identifie un dysfonctionnement, j'identifie un problème. Et que JE prends la décision de euh... de la suite à donner à ce dysfonctionnement, sans forcément faire participer l'équipe. »</p> <p>« <i>b32</i> : En fait, si j'ai bien compris, dans ces cas-là vous identifiez un problème et vous ne cherchez pas à connaître forcément l'avis de votre équipe ?</p> <p>« Alors. Oui et non puisque je cherche à savoir quels ont été les dysfonctionnements exacts, comment les personnes ont vécu ce dysfonctionnement. »</p> <p>« Alors je vais leur parler, je les reçois en individuel... »</p>	<p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Facilité communication Difficulté communication</p> <p>Facilité communication Difficulté communication</p> <p>Démarche d'action communication Facilité communication</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Modalité communication</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Rapport équipe de soins Rapport équipe de soins</p> <p>Rapport équipe de soins Rapport équipe de soins</p> <p>Rapport équipe de soins Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p>	<p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	---	---	---	---

<p>disfonctionnement, sans forcément faire participer l'équipe. Euh... qu'est-ce que je peux vous donner comme exemple... Qu'est-ce qu'il y aurait eu comme disfonctionnement... [<i>se prend la tête dans les mains</i>].... (silence) Qu'est-ce que je pourrai vous donner comme exemple...</p> <p>b32 : En fait, si j'ai bien compris, dans ces cas-là vous identifiez un problème et vous ne cherchez pas à connaître forcément l'avis de votre équipe ? Est-ce qu'on peut donc dire que ça reste quelque chose que vous traitez en individuel ?</p> <p>B32 : Alors. Oui et non puisque je cherche à savoir quels ont été les disfonctionnements exacts, comment les personnes ont vécu ce disfonctionnement. Alors je vais leur parler, je les reçois en individuel dans le bureau, pour savoir pourquoi et comment ça s'est passé, et cætera. Euh... sans, en faisant attention j'espère de ne pas les juger et de ne pas les incriminer. Tout en expliquant bien que c'est pour permettre que l'erreur ne se reproduise plus. Et ensuite j'essaie de consigner un peu tous ce que j'ai vu et j'essaie de trouver une solution qui soit la meilleure pour le patient, pour l'équipe. Et pour moi, si j'adoptai un management participatif, bah on ferai peut-être un comité de retour d'expériences ou des choses comme ça. Mais quand je suis arrivée, soit c'était trop tôt, soit... Alors je faisais pas les comités de retour d'expériences hein, parce que je suis pas formée à ça d'une part, et en plus c'est une structure de réunion qui est complexe hein. Moi c'était des</p>	<p>« ...dans le bureau... »</p> <p>« ...pour savoir pourquoi et comment ça s'est passé, et cætera. »</p> <p>« ...en faisant attention, j'espère, de ne pas les juger et de ne pas les incriminer. »</p> <p>« Tout en expliquant bien que c'est pour permettre que l'erreur ne se reproduise plus. »</p> <p>« Et ensuite j'essaie de consigner un peu tous ce que j'ai vu... »</p> <p>« ...et j'essaie de trouver une solution qui soit la meilleure pour le patient et pour l'équipe. »</p> <p>« Et pour moi si j'adoptai un management participatif bah on ferai peut-être un comité de retour d'expériences ou des choses comme ça. »</p> <p>« Mais quand je suis arrivée, soit c'était trop tôt, soit... »</p> <p>« Alors je faisais pas les comités de retour d'expériences hein parce que je suis pas formée à ça d'une part et en plus c'est une structure de réunion qui est complexe hein. »</p> <p>« Moi c'était des réunions très allégées... »</p> <p>« ...mais je sentais que ça intéressait pas spécialement les personnes. »</p> <p>« Et puis de toute façon ils se déchiraient entre eux donc y'avait pas vraiment d'intérêt à ce moment-là (silence). »</p>	<p>Lieu communication Echange de vécu</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Modalité communication Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Lieu communication Difficulté</p> <p>Représentation</p>	<p>Environnement travail Rapport au savoir</p> <p>Dimension management Dimension management Dimension management Dimension management Dimension management</p> <p>Dimension management Dimension management</p> <p>Environnement travail Dimension management Dimension management</p>	<p>Exercice de la profession Exercice de la profession Exercice de la profession Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p>
--	---	---	--	--

[illegible]

<p>l'ARS, de pouvoir euh... également gardé un petit peu de lecture. J'suis abonnée également à une revue de cadre qui me permet de pouvoir lire un petit peu tous les mois des nouveautés. Y'a des cas, des situations qui sont évoquées avec des analyses de situations qui peuvent être très intéressantes hein. Donc j'dirai que oui je me forme comme ça. Et puis je me forme auprès de mes équipes qui eux ont l'expérience du service, d'un service où je n'ai jamais travaillé. Donc euh on peut se demander quelle légitimité j'ai hein, à manager une équipe, un service où je n'ai pas d'expériences, où je n'ai pas travaillé. Donc j'me forme aussi auprès d'eux.</p> <p>b35 : D'accord. Vous discutez avec eux ?</p> <p>B35 : Ah oui, complètement. J'échange avec eux hein. Si euh... je sais pas mais euh... Une situation euh... (silence). Une situation particulière d'un patient, si la direction qualité me renvoie un document d'un patient qui... soit qui est mécontent de sa prise en charge, et cætera, sans aller dire qu'il y a un patient qui est mécontent de sa prise en charge aux équipes, j'vais essayer de voir auprès de chaque professionnel... Même si moi j'ai mon intime conviction souvent hein, de la façon dont aurait pu être pris en charge le cas.... Mais je vais voir auprès de chaque professionnel comment eux, ils prennent en charge le cas d'un patient qui arrive pour euh... rétention d'urine par exemple. Et j'vais voir un petit peu si c'est en corrélation avec la façon dont ce patient a dit avoir été pris en charge. Si c'est aussi en adéquation avec ce que moi je pense sur la bonne prise en charge.</p>	<p>« Y'a des cas, des situations qui sont évoquées avec des analyses de situations qui peuvent être très intéressantes... »</p> <p>« Donc j'dirai que oui je me forme comme ça. »</p> <p>« Et puis je me forme auprès de mes équipes... »</p> <p>« ...qui eux ont l'expérience du service... »</p> <p>« ...d'un service où je n'ai jamais travaillé. »</p> <p>« Donc euh on peut se demander quelle légitimité j'ai hein à manager une équipe, un service où je n'ai pas d'expériences, où je n'ai pas travaillé... »</p> <p>« Donc j'me forme aussi auprès d'eux. »</p> <p>« b35 : D'accord. Vous discutez avec eux ?</p> <p>B35 : Ah oui, complètement. J'échange avec eux hein. »</p> <p>« Une situation particulière d'un patient, si la direction qualité me renvoie un document d'un patient qui... soit qui est mécontent de sa prise en charge, et cætera, sans aller dire qu'il y a un patient qui est mécontent de sa prise en charge aux équipes [...] Même si moi j'ai mon intime conviction souvent hein, de la façon dont aurait pu être pris en charge le cas j'vais essayer de voir auprès de chaque professionnel [...] comment eux, ils prennent en charge le cas d'un patient qui arrive... »</p> <p>« Et j'vais voir un petit peu si c'est en corrélation avec la façon dont ce patient a dit avoir été pris en charge. Si c'est aussi en adéquation avec ce que moi je pense sur la bonne prise en charge. [...] Et pouvoir</p>	<p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Ancienneté</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p>	<p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	--	---	--	--

<p>On peut en parler aussi avec l'équipe médicale et euh... Et pouvoir apporter une réponse quoi. Pour moi il est important que les professionnels puissent euh... puissent m'expliquer comment ils fonctionnent quoi, et de voir moi comment ils fonctionnent juste avec l'observation.</p> <p><i>b36</i> : Humhum. Et ça, ça se passe lors de temps identifiés... J'ai envie de dire officiels, ou vraiment quand vous en ressentez le besoin, vous y allez ?</p> <p><i>B36</i> : C'est totalement informel. C'est vraiment fait de façon totalement informelle. Ca peut être autour d'une table dans la salle de soins. Ca peut être au détour d'un couloir euh... Puisque de toute façon, comme je donne jamais de noms de patients ou de situations, y'a pas de problème de secret professionnel. Je pense en tout cas [<i>rires</i>]. Euh... Non. Je fais jamais ça en réunion. Les sujets de réunions sont rarement, évoquent rarement... enfin pour l'instant nous n'avons jamais évoqué ce genre de problèmes (silence). »</p>		<p>apporter une réponse quoi. »</p> <p>« On peut en parler aussi avec l'équipe médicale. »</p> <p>« Pour moi il est important que les professionnels puissent m'expliquer comment ils fonctionnent quoi... »</p> <p>« ...et de voir, moi, comment ils fonctionnent juste avec l'observation. »</p> <p>« C'est totalement informel. C'est vraiment fait de façon totalement informelle. »</p> <p>« Ca peut être autour d'une table dans la salle de soins. Ca peut être au détour d'un couloir... »</p> <p>« Puisque de toute façon, comme je donne jamais de noms de patients ou de situations, y'a pas de problème de secret professionnel. Je pense en tout cas... »</p> <p>« Je fais jamais ça en réunion. »</p> <p>« Les sujets de réunions sont rarement, évoquent rarement... enfin pour l'instant nous n'avons jamais évoqué ce genre de problèmes (silence). »</p>	<p>Démarche d'action</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Lieu communication</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Lieu communication</p> <p>Démarche d'action</p>	<p>Dimension management</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
<p><b>[L421-457]</b> « <i>b37</i> : Et en tant que praticienne de santé, quelle votre expérience avec les risques psychosociaux jusqu'à aujourd'hui ?</p> <p><i>B37</i> : Mon expérience avec les risques psychosociaux personnelle ?... Euh... (silence). Alors avant l'Ecole des cadres, avant la sensibilisation aux risques psychosociaux à l'Ecole des cadres, et puis là, comme je vous expliquez, je fais intervenir les psychologues dans le service... J'aurais pas que c'était du néant [<i>sourire</i>] mais c'était pas loin. En tout cas</p>	5	<p>« Mon expérience avec les risques psychosociaux personnelle ?... Euh... Alors avant l'Ecole des cadres, avant la sensibilisation aux risques psychosociaux à l'Ecole des cadres... »</p> <p>« ...et puis là, comme je vous expliquez, je fais intervenir les psychologues dans le service... »</p> <p>« J'aurais pas que c'était du néant [<i>sourire</i>] mais c'était pas loin. »</p>	<p>Apport formation continue</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Equilibre</p>	<p>Parcours de formation</p> <p>Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p>

<p>peut-être que je me rendais pas compte qu'on était dans la prévention des risques psychosociaux. Bon quand je travaillais en oncologie par exemple, en soins palliatifs, y'avait une équipe mobile qui intervenait dans le service, et qui intervenait autant au niveau des patients qu'au niveau des soignants. Donc ça c'est certain que ça a joué dans la prévention des risques psychosociaux. Et l'ambiance qu'il y a avait dans l'équipe, en tout cas une très bonne ambiance...</p> <p><i>b38</i> : Donc vous, vous n'avez jamais eu de difficultés psychologiques particulières au regard de votre activité professionnelle ?</p> <p><i>B38</i> : Alors si, j'en ai eu parce que quand on accompagne des patients en fin de vie qui peuvent être jeunes... Et après quand j'ai travaillé en soins intensifs en pédiatrie, évidemment y'a des situations qui étaient très difficiles à vivre. On accompagnait des enfants et des familles jusqu'au décès. Evidement je peux pas dire que j'ai pas remporté à la maison un p'tit peu de douleur, un p'tit peu de rancœur, un p'tit peu de... euh... un p'tit peu de travail à la maison [<i>sourire</i>]. J'peux pas dire que j'ai jamais eu voilà, que j'ai jamais été touché par les risques psychosociaux, ce ne serait pas vrai. Après j'ai une nature comme je vous disais très positive, et de ce fait j'ai rebondi assez vite. Et y'a autre chose aussi c'est le, le... (silence) [<i>frappe sur la table avec ses mains</i>]... le transfert qu'on peut faire entre soi-même, entre ses enfants...</p>	<p>« En tout cas peut-être que je me rendais pas compte qu'on était dans la prévention des risques psychosociaux. »  « Bon quand je travaillais en oncologie par exemple, en soins palliatifs... »  « ...y'avait une équipe mobile... »</p> <p>« ...qui intervenait dans le service, et qui intervenait autant au niveau des patients qu'au niveau des soignants. »  « Donc ça c'est certain que ça a joué dans la prévention des risques psychosociaux. »  « ...Et l'ambiance qu'il y a avait dans l'équipe, en tout cas une très bonne ambiance... »  « <i>b38</i> : Donc vous, vous n'avez jamais eu de difficultés psychologiques particulières au regard de votre activité professionnelle ?  <i>B38</i> : Alors si, j'en ai eu... »</p> <p>« ...parce que quand on accompagne des patients en fin de vie qui peuvent être jeunes... »  « Et après quand j'ai travaillé en soins intensifs en pédiatrie... »  « ...évidemment y'a des situations qui étaient très difficiles à vivre. On accompagnait des enfants et des familles jusqu'au décès. »  « Evidement je peux pas dire que j'ai pas remporté à la maison un p'tit peu de douleur, un p'tit peu de rancœur, un p'tit peu de...un p'tit peu de travail à la maison [<i>sourire</i>]. »  « J'peux pas dire que j'ai jamais eu voilà, que j'ai jamais été touché par les risques psychosociaux, ce ne serait pas vrai. »</p>	<p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Acteur ressource</p> <p>Fonction acteur ressource</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Souffrance</p> <p>Souffrance</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p>
---	--	---	---	---



<p><i>b39</i> : Oui</p> <p><i>B39</i> : Et le patient. Donc euh... j'ai eu beaucoup de collègues hein qui, en cancéro, avaient l'impression qu'elles avaient un cancer, que leur ami avait un cancer. Ou en pédiatrie, avoir l'impression de, enfin voir un enfant malade et de se dire bah le bien il est malade, il est malade, il est malade. Moi j'ai toujours été plutôt à rentrer chez moi et à me dire mes enfants ils sont en bonne santé, Youpi. Voilà. J'ai pas eu ça mais je sais que c'est quelque chose qui existe énormément dans notre profession et euh...Et qui est pas toujours quelque chose de facile à vivre parce que les gens qui ont l'impression d'être malade, ils ont vraiment, vraiment l'impression d'être malade. Et c'est quelque chose de pas facile.</p> <p><i>b40</i> : Et donc aujourd'hui, positive comme vous dites [<i>sourire</i>]</p> <p><i>B40</i> : [<i>rires</i>]. »</p>	<p>« Après j'ai une nature comme je vous disais très positive... »</p> <p>« ...et de ce fait j'ai rebondi assez vite. »</p> <p>« Et y'a autre chose aussi, c'est le, le... (silence) [...] le transfert qu'on peut faire entre soi-même, entre ses enfants [...] Et le patient... j'ai eu beaucoup de collègues hein qui [...] avaient l'impression qu'elles avaient un cancer, que leur ami avait un cancer en cancéro... »</p> <p>« Ou en pédiatrie avoir l'impression de, enfin voir un enfant malade et de se dire bah le bien il est malade, il est malade, il est malade. »</p> <p>« Moi j'ai toujours été plutôt à rentrer chez moi et à me dire mes enfants ils sont en bonne santé, Youpi. »</p> <p>« J'ai pas eu ça... »</p> <p>« ...mais je sais que c'est quelque chose qui existe énormément dans notre profession Et qui est pas toujours quelque chose de facile à vivre... »</p> <p>« ...parce que les gens qui ont l'impression d'être malade, ils ont vraiment, vraiment l'impression d'être malade. Et c'est quelque chose de pas facile. »</p>	<p>Personnalité</p> <p>Personnalité</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Equilibre</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p>	<p>Identité personnelle</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	
<p>[<b>L459-520</b>] « <i>b41</i> : ... si je vous demandais de vous définir en quelques mots... Voilà. Ce que vous avez envie de me dire.</p> <p><i>B41</i> : Alors mon état d'esprit euh... aujourd'hui... c'est celui de quelqu'un qui a envie d'avancer. Qui se rend bien compte que bah des fois y'a des choses qui vont pas et que... Et que j'ai envie quand c'est comme ça</p>	<p><b>6</b></p> <p>« Alors mon état d'esprit euh... aujourd'hui... c'est celui de quelqu'un qui a envie d'avancer. »</p> <p>« Qui se rend bien compte que bah des fois y'a des choses qui vont pas et que. Et que j'ai envie quand c'est comme ça d'améliorer les choses. »</p> <p>« Y'a un de mes directeurs qui me disait il n'y a pas longtemps... [<i>rires</i>]... »</p>	<p>Motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Modalités relationnelles</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p>	<p>Rapport aux collègues</p>



<p>d'améliorer les choses. Oui c'est sur. Y'a un de mes directeurs qui me disait il n'y a pas longtemps... <i>[rires]</i>. J'veis vous le redire parce que j'ai trouvé l'image assez intéressante. Que y'a deux catégories de personnes. Y'a les gens qui sont naïvement positifs, un peu comme moi. Et les gens qui sont toujours négatifs et que c'est toujours le mauvais côté et cætera. Et que les gens positifs on peut les considérer à ceux qui construisent des avions, et les négatifs à ceux qui construisent des parachutes. Et que finalement construire des avions sans penser qu'il faut aussi construire des parachutes, c'est un peu idiot. Mais construire des parachutes en se disant qu'un jour on inventera peut-être l'avion, c'est pas plus malin non plus.</p> <p><i>b42</i> : Oui c'est sympathique l'image <i>[rires]</i>.</p> <p><i>B42</i> : Oui, j'ai trouvé l'image sympathique. Et je me suis dit, oui vraiment, il faut penser à ces parachutes. Donc euh... Donc ça aura au moins le mérite de <i>[exclamation de rires]</i>. D'essayer aussi de voir qu'il y a des choses qui dysfonctionnent, qui ne vont pas, qu'il faut améliorer. Comment on peut les améliorer... On a des fois l'impression que c'est pas possible et que ça se fera jamais. Même à un moment je crois j'ai dit mais non de toute façon... Enfin je sais plus ce que j'ai dit mais à un moment j'ai dit quelque chose comme ça <i>[rires]</i>. Je m'en suis rendue compte après. Hum... <i>[se racle la gorge]</i>. Voilà. Faut pouvoir voir les deux côtés des choses. Faut pas rester complètement naïf non plus, et voir toujours le bon côté des choses. Donc mon état d'esprit, c'est celui-là. C'est</p>	<p>« Que y'a deux catégories de personnes. Y'a les gens qui sont naïvement positifs... » « ...un peu comme moi. »</p> <p>« ...Et les gens qui sont toujours négatifs et que c'est toujours le mauvais côté et cætera. Et que les gens positifs on peut les considérer à ceux qui construisent des avions, et les négatifs à ceux qui construisent des parachutes. Et que finalement construire des avions sans penser qu'il faut aussi construire des parachutes, c'est un peu idiot. Mais construire des parachutes en se disant qu'un jour on inventera peut-être l'avion, c'est pas plus malin non plus. » « ...j'ai trouvé l'image sympathique. Et je me suis dit, oui vraiment, il faut penser à ces parachutes. » « Donc ça aura au moins le mérite de <i>[exclamation de rires]</i>. D'essayer aussi de voir qu'il y a des choses qui dysfonctionnent, qui ne vont pas qu'il faut améliorer. » « On a des fois l'impression que c'est pas possible et que ça se fera jamais. » « Même à un moment je crois j'ai dit mais non de toute façon... Enfin je sais plus ce que j'ai dit mais à un moment j'ai dit quelque chose comme ça <i>[rires]</i>. Je m'en suis rendue compte après. Hum... <i>[se racle la gorge]</i>. Voilà. » « Faut pouvoir voir les deux côtés des choses. Faut pas rester complètement naïf non plus, et voir toujours le bon côté des choses. Donc mon état d'esprit, c'est celui-là. C'est quelqu'un qui voit le côté plein de la bouteille mais qui se rend bien compte que quand même, elle se vide un peu de temps en temps</p>	<p>Représentation</p> <p>Personnalité</p> <p>Représentation</p> <p>Prise de conscience</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Lucidité</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique</p>	
--	---	--	---	--

<p>quelqu'un qui voit le côté plein de la bouteille mais qui se rend bien compte que quand même, elle se vide un peu de temps en temps <i>[rires]</i>. J'suis contente de venir au travail le matin. Quand je suis en vacances, je suis contente de revenir travailler. Pour l'instant encore une fois, car je suis une jeune cadre. Ce serait intéressant de poser la même question à une cadre qui a plusieurs années d'expérience. On a un travail qui est quand même pas toujours facile car on travaille en étai. Euh... entre des professionnels qui nous font passer des messages qui parfois peuvent être durs... Quand je vous dit qu'on va réduire l'effectif des gens, des professionnels au déchocage, ils nous renvoient ce risque qu'il y a pour le patient. On peut mettre en danger la vie des patients parce qu'on a quand même... Faut se rendre compte qu'on a quand même dans les mains la vie de personnes humaines et que c'est pas... On a pas en main des bocaux de sauce tomate ou d'haricots verts quoi. Et que si on fait tomber le bocal de tomate, bah c'est pas très grave hein. On en refera un autre. Le patient c'est pas pareil. Donc on a ces professionnels qui nous disent mais attention, on va mettre en jeu la vie de ces patients. Et si on a plusieurs urgences vitales qui arrivent en même temps, accidents de voitures et cætera, nous on sera plus suffisamment nombreux. Et en même temps on a de l'autre côté la direction qui nous dit, mais comprenez bien, on a lâché deux postes à l'accueil le matin, deux postes à l'accueil le soir. Derrière on met en place un nouveau service avec des patients qui vont être hospitalisés là-bas. Où on met aussi des moyens dedans, et qu'on peut pas vous laisser autant de</p>	<p><i>[rires]</i>. »  « J'suis contente de venir au travail le matin. Quand je suis en vacances, je suis contente de revenir travailler. »  « Pour l'instant encore une fois, car je suis une jeune cadre. Ce serait intéressant de poser la même question à une cadre qui a plusieurs années d'expérience. »  « On a un travail qui est quand même pas toujours facile... »  « ...car on travaille en étai. »  « Euh... entre des professionnels qui nous font passer des messages qui parfois peuvent être durs... »  « Quand je vous dit qu'on va réduire l'effectif des gens, des professionnels au déchocage... »  « ...ils nous renvoient ce risque qu'il y a pour le patient. On peut mettre en danger la vie des patients parce qu'on a quand même... »  « ...Faut se rendre compte qu'on a quand même dans les mains la vie de personnes humaines...On a pas en main des bocaux de sauce tomate ou d'haricots verts quoi. Et que si on fait tomber le bocal de tomate, bah c'est pas très grave hein. On en refera un autre. Le patient c'est pas pareil. »  « Donc on a ces professionnels qui nous disent mais attention, on va mettre en jeu la vie de ces patients. Et si on a plusieurs urgences vitales qui arrivent en même temps, accidents de voitures et cætera, nous on sera plus suffisamment nombreux. Et en même temps on a de l'autre côté la direction qui nous dit, mais comprenez bien, on a lâché deux postes à l'accueil le matin, deux postes à l'accueil le</p>	<p>Epanouissement</p> <p>Facteur d'influence épanouissement</p> <p>Représentation</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Evolution condition travail</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Représentation</p> <p>Conditions de travail</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	--	--	---	----------------------------------

<p>personnels que ça puisque c'est bien au dessus des effectifs nécessaires. Et qu'en plus on voit que ça fonctionne dans d'autres hôpitaux. Dans d'autres hôpitaux y'a même des services de déchocages qui sont fermés. Qui ne sont ouverts que quand il y a besoin. Donc y'a pas de personnels dédiés. Donc nous on est vraiment entre la direction, qui vient expliquer aux équipes hein, qui vient elle-même, qui relâche pas toute sa responsabilité sur nous hein. Mais quand la direction elle est partie, le premier professionnel qui est là, c'est le cadre de santé. C'est sur lui, c'est lui qu'on va voir pour lui dire que ce que propose la direction, ça va pas du tout et cætera. Bon c'est sur, à nous de le faire remonter. C'est ce que je tente de faire au maximum. Mais tout en devant aussi leur expliquer à eux quels sont les tenants et les aboutissants des décisions qui sont prises. Y'a des décisions qui sont prises. Nous on est pas forcément d'accord avec toutes les décisions qui sont prises au niveau administratif. Mais notre travail c'est de les faire accepter, enfin en tout cas c'est de les faire appliquer. Après moi je veux qu'elles soient aussi acceptées et COMPRISES par les équipes. Parce que pour moi c'est comme ça qu'on peut faire passer les choses quoi.</p> <p><i>b43</i> : Donc vous êtes une professionnelle épanouie pour le moment [<i>rires</i>].</p> <p><i>B43</i> : Pour le moment oui [<i>rires</i>]. Pour le moment oui. En tout cas pour le moment, très contente pour mon orientation professionnelle. Je ne regrette pas du tout d'avoir fait l'Ecole des</p>	<p>soir. Derrière on met en place un nouveau service avec des patients qui vont être hospitalisés là-bas. Où on met aussi des moyens dedans, et qu'on peut pas vous laisser autant de personnels que ça puisque c'est bien au-dessus des effectifs nécessaires. Et qu'en plus on voit que ça fonctionne dans d'autres hôpitaux.»</p> <p>« Dans d'autres hôpitaux y'a même des services de déchocages qui sont fermés. Qui ne sont ouverts que quand il y a besoin. Donc y'a pas de personnels dédiés. »</p> <p>« Donc nous on est vraiment entre la direction... »</p> <p>« ...qui vient expliquer aux équipes hein, qui vient elle-même, qui relâche pas toute sa responsabilité sur nous hein. »</p> <p>« Mais quand la direction elle est partie, le premier professionnel qui est là, c'est le cadre de santé, c'est lui qu'on va voir pour lui dire que ce que propose la direction, ça va pas du tout et cætera. »</p> <p>« Bon c'est sûr, c'est à nous de le faire remonter. »</p> <p>« C'est ce que je tente de faire au maximum. »</p> <p>« Mais tout en devant aussi leur expliquer à eux quels sont les tenants et les aboutissants des décisions qui sont prises. »</p> <p>« Y'a des décisions qui sont prises. Nous on est pas forcément d'accord avec toutes les décisions qui sont prises au niveau administratif. Mais notre travail c'est de les faire accepter, enfin en tout cas c'est de les faire appliquer. »</p>	<p>Organisation du travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Modalités communication</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Profession cadre santé</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	---	--	---	--

<p>cadres, pas du tout d'avoir atterri dans ce service peut-être un peu par hasard, je ne sais pas. Mais pour l'instant très satisfaite.</p> <p><i>b44</i> : Très bien ! Ca fait du bien d'entendre des discours comme ça ! <i>[rires]</i></p>	<p>« Après moi je veux qu'elles soient aussi acceptées et COMPRISES par les équipes. »  « Parce que pour moi c'est comme ça qu'on peut faire passer les choses quoi. »  « <i>b43</i> : Donc vous êtes une professionnelle épanouie pour le moment <i>[rires]</i>.  <i>B43</i> : Pour le moment oui <i>[rires]</i>. Je ne regrette pas du tout d'avoir fait l'Ecole des cadres, pas du tout d'avoir atterri dans ce service peut-être un peu par hasard, je ne sais pas. Mais pour l'instant très satisfaite. »</p>	<p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Epanouissement</p>	<p>Etat psychologique Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	--	---	--	----------------------------------

Tableau d'analyse descriptive – Entretien n°2 - Mme. D\*.

Enoncé brut de D*	N° Q	Unités de sens	Sous-thèmes	Thèmes	Catégories
<p>[L12-41] « d2 : Donc tout d'abord peut-être en guise d'introduction, pouvez-vous me présenter en quelques mots votre parcours de formation et le ou les professions que vous avez exercé jusqu'à aujourd'hui.</p> <p>D2 : Donc je suis infirmière, diplômée d'Etat depuis 1994. Mon parcours professionnel c'est essentiellement déroulé sur le CH de ***. Aussi bien dans les services de médecine neurologiques... un peu de chirurgie. Et surtout un fil rouge dans ma carrière qui est la prise en charge des patients en cancérologie. J'ai été infirmière en consultation de radiothérapie et infirmière en hospitalisation complète de radiothérapie. A ce moment-là j'ai développé mon projet de cadre de santé et j'ai été accompagné par l'institution. Euh... j'ai pu prétendre à un poste de faisant-fonction en pneumologie sur *** pendant trois ans. Donc là aussi où on prend en charge des patients atteints de cancers. Et j'ai euh... effectué ma formation de cadre de santé à l'IFCS de *** en 2007. Je suis donc sortie diplômée en 2008. En juillet 2008 j'ai eu l'opportunité d'occuper ce poste actuel en hémato-thérapie cellulaire sous le pôle cancérologie-urologie.</p> <p>d3 : Toujours dans la fonction publique ?</p> <p>D3 : Toujours dans la fonction publique oui.</p>	1	<p>« ...je suis infirmière... »</p> <p>« ...diplômée d'Etat depuis 1994. »</p> <p>« Mon parcours professionnel c'est essentiellement déroulé sur le CH de ***. »</p> <p>« Aussi bien dans les services de médecine neurologiques... »</p> <p>« ...un peu de chirurgie. »</p> <p>« Et surtout un fil rouge dans ma carrière qui est la prise en charge des patients en cancérologie. »</p> <p>« J'ai été infirmière en consultation de radiothérapie... »</p> <p>« ...et [...] en hospitalisation complète de radiothérapie. »</p> <p>« A ce moment-là j'ai développé mon projet de cadre de santé... »</p> <p>« ...et j'ai été accompagné par l'institution. »</p> <p>« ...j'ai pu prétendre à un poste de faisant-fonction [...] sur *** pendant trois ans. »</p> <p>« ...en pneumologie Donc là aussi où on prend en charge des patients atteints de cancers. »</p> <p>« Et j'ai euh... effectué ma formation de cadre de santé à l'IFCS de *** en 2007. Je suis donc sortie diplômée en 2008. »</p> <p>« En juillet 2008 j'ai eu l'opportunité d'occuper ce poste actuel... »</p>	<p>Evolution professionnelle Formation initiale</p> <p>Evolution professionnelle Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Motivation</p> <p>Soutien hiérarchique Evolution professionnelle Secteur d'exercice</p> <p>Formation continue</p> <p>Evolution professionnelle</p>	<p>Parcours professionnel Parcours de formation Parcours professionnel Parcours professionnel Parcours professionnel Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel Parcours professionnel Etat psychologique Rapport à la hiérarchie Parcours professionnel Parcours professionnel Parcours de formation</p> <p>Parcours professionnel</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Rapport aux collègues Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p>

<p>C'est un choix... Ce n'est pas par défaut. Je n'ai pas eu d'autres opportunités et c'est vrai que je n'ai pas cherché non plus autre chose. J'ai trouvé jusqu'à présent ce que je recherchais dans mon métier. Et l'institution aussi m'a apporté certaines opportunités que j'ai saisies. J'ai pu aussi développer certaines compétences et connaissances aussi au sein de cette institution. Donc c'est vrai que pour l'instant, je m'y retrouve.</p> <p><i>d4</i> : Mais vous dites que vous y avez trouvé ce que vous cherchez, c'est-à-dire ? Quelles étaient et/ou sont vos attentes ?</p> <p><i>D4</i> : Bah en termes professionnels c'est vrai qu'au départ de la formation initiale d'infirmière, je ne pensais pas me diriger vers une fonction de cadre de santé avec certaines responsabilités. C'est au fur-et-à-mesure de l'expérience et des rencontres avec d'autres cadre euh... qu'une certaine motivation de manager une équipe entre autre est née quoi. Donc c'est vrai que l'institution offre un parcours pour obtenir une place en IFCS. Et j'ai suivi le mouvement et jusqu'à présent... (silence). »</p>		<p>« ...en hémato-thérapie cellulaire sous le pôle cancérologie-urologie. » « Toujours dans la fonction publique... »</p> <p>« C'est un choix... Ce n'est pas par défaut. Je n'ai pas eu d'autres opportunités et c'est vrai que je n'ai pas cherché non plus autre chose. » « J'ai trouvé jusqu'à présent ce que je recherchais dans mon métier. » « Et l'institution aussi m'a apporté certaines opportunités que j'ai saisies. » « J'ai pu aussi développer certaines compétences et connaissances au sein de cette institution... » « Donc c'est vrai que pour l'instant, je m'y retrouve. » « <i>d4</i> : Mais vous dites que vous y avez trouvé ce que vous cherchez, c'est-à-dire ? Quelles étaient et/ou sont vos attentes ? <i>D4</i> : Bah en termes professionnels c'est vrai qu'au départ de la formation initiale d'infirmière je ne pensais pas me diriger vers une fonction de cadre de santé... » « ... avec certaines responsabilités. »</p> <p>« C'est au fur-et-à-mesure de l'expérience et des rencontres avec d'autres cadre qu'une certaine motivation de manager une équipe est née. » « Donc c'est vrai que l'institution offre un parcours pour obtenir une place en IFCS. » « Et j'ai suivi le mouvement et jusqu'à présent... (silence). »</p>	<p>Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Motivation</p> <p>Equilibre</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Facteur d'influence</p> <p>Equilibre</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence</p> <p>Motivation</p> <p>Soutien hiérarchique</p> <p>Evolution professionnelle</p>	<p>Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Parcours professionnel</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Parcours de vie</p>
<p>[L43-145] « <i>d5</i> : Très bien. Et à présent au niveau de l'organisation et des conditions de travail, comment se passe-t-il pour vous, à la</p>	2	<p>« Les conditions de travail de l'encadrement au sein de l'institution, on a une certaine autonomie... »</p>	<p>Conditions de travail</p>	<p>Environnement travail</p>	



<p><i>D6 :</i> Quelles sont vos conditions de travail à vous, et quelle est plus globalement l'organisation du travail qui est mise en place dans votre service, mais pas seulement. Ca peut être plus large, au niveau de l'établissement tout entier.</p>	« ...et une liberté de temps de travail. »  « Avec le respect d'une certaine législation. »  « Après au sein du pôle on travaille en équipes de cadres, sous forme de binômes. » « En ce qui concerne les conditions de travail de l'équipe paramédicale... » « ... y'a une législation de travail à respecter, avec des droits à faire respecter. » « ...je suis responsable du respect de ces droits pour chacun des professionnels que je gère. » « ...en termes d'organisation sur l'hémo-thérapie, il y a une organisation de mise en place au regard de ratios, au regard de la spécialité, et de la prise en charge des patients. » <i>d7 :</i> D'accord. Et donc quelles sont spécifiquement vos responsabilités à vous ? En quoi constitue votre travail tous les jours ? <i>D7 :</i> Alors, un travail de proximité de cadre... » « C'est-à-dire que le... le cadre, au quotidien, va gérer tout ce qui est présentisme, absentéisme, ponctuellement. » « Après c'est s'assurer de la bonne prise en charge des patients et de la continuité des soins. » « Donc c'est respecter un effectif pour que ces conditions soient respectées, tant auprès des professionnels de santé... » « ...et assurer une sécurité et une continuité des soins auprès des patients. » « C'est aussi collaborer avec l'équipe médicale... »	<div>Organisation du travail Facteur d'influence conditions travail Organisation du travail Conditions de travail Facteur d'influence conditions travail Fonction/mission professionnelle Organisation du travail</div> <div>Représentation</div> <div>Fonction/mission professionnelle</div> <div>Fonction/mission professionnelle</div> <div>Fonction/mission professionnelle</div> <div>Fonction/mission professionnelle Fonction/mission professionnelle</div>	<div>Environnement travail Environnement travail Environnement travail Environnement travail Environnement travail Profession cadre santé Environnement travail</div> <div>Profession cadre santé Profession cadre santé</div> <div>Profession cadre santé</div> <div>Profession cadre santé</div> <div>Profession cadre santé Profession cadre santé</div>	<div></div> <div>Exercice de la profession</div> <div>Exercice de la profession</div> <div>Exercice de la profession</div> <div>Exercice de la profession</div> <div>Exercice de la profession Exercice de la profession</div>
<p><i>D7 :</i> Alors, un travail de proximité de cadre</p>				



<p>euh... C'est-à-dire que le... le cadre, au quotidien, va gérer tout ce qui est présentisme, absentisme, ponctuellement. Après c'est s'assurer de la bonne prise en charge des patients et de la continuité des soins. Donc c'est respecter un effectif pour que ces conditions soient respectées, tant auprès des professionnels de santé et assurer une sécurité et une continuité des soins auprès des patients. C'est aussi collaborer avec l'équipe médicale, entre autre, et plus généralement tous les professionnels qui prennent en charge les patients en unité stérile... <i>[le téléphone sonne]</i></p> <p>d8 : Oui, allez-y <i>[rires]</i>.</p> <p>D8 : <i>[Mme D* répond au téléphone]</i>. Donc euh... qu'est-ce que je fais aussi ? <i>[rires]</i>. Ca m'a perturbée.</p> <p>d9 : <i>[rires]</i>.</p> <p>D9 : Euh... Donc responsabilité des soins, collaboration avec l'équipe médicale, collaboration avec les différents professionnels qui sont amené à suivre les patients en soins de support... Euh... m'assurer du bon fonctionnement de toute l'unité. Donc tout ce qui est gestion du parc informatique, gestion du parc matériel. C'est-à-dire que quand il y a des pannes voilà, j'autonomise les équipes en leurs donnant des conseils et des consignes. Faut pas que je fasse tout non plus. Je pense que l'autonomisation et la responsabilisation est importante pour un cadre et son équipe. Euh... tout ce qui est aussi collaboration après, entre</p>	<p>« ...et plus généralement tous les professionnels qui prennent en charge les patients en unité stérile... »</p> <p>« Donc responsabilité des soins, collaboration avec l'équipe médicale, collaboration avec les différents professionnels qui sont amené à suivre les patients en soins de support... »</p> <p>« ...m'assurer du bon fonctionnement de toute l'unité. Donc tout ce qui est gestion du parc informatique, gestion du parc matériel. »</p> <p>« C'est-à-dire que quand il y a des pannes voilà, j'autonomise les équipes en leurs donnant des conseils et des consignes. »</p> <p>« Faut pas que je fasse tout non plus. »</p> <p>« Je pense que l'autonomisation et la responsabilisation est importante pour un cadre et son équipe. »</p> <p>« Euh... tout ce qui est aussi collaboration après, entre les unités du pôle. »</p> <p>« Donc ça c'est de manière quotidienne et de proximité. »</p> <p>« Ensuite on a quand même un rôle de réflexion sur des problématiques de service ou de fonctionnement, ou de dysfonctionnement on va dire... »</p> <p>« ...pour mettre en place des groupes de réflexions sur une problématique, sur un projet. Donc tout ce qui est réflexion d'actions, d'axes d'amélioration et de mise en œuvre. »</p> <p>« Toujours dans la perspective d'améliorer la prise en charge et la qualité de travail des professionnels. »</p> <p>« Et supra-pôle bon, on a quand même une vie en institution. Avec la possibilité de participer à certaines commissions comme la commission</p>	Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
		Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Représentation	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Pratique réflexive	Rapport au savoir	
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Organisation du travail	Environnement travail	

<p>les unités du pôle. Donc ça c'est de manière quotidienne et de proximité. Ensuite on a quand même un rôle de, de, de réflexion sur des problématiques de service ou de fonctionnement, ou de dysfonctionnement on va dire... pour mettre en place des groupes de réflexions sur une problématique, sur un projet. Donc tout ce qui est réflexion d'actions, d'axes d'amélioration et de mise en œuvre. Toujours dans la perspective d'améliorer la prise en charge et la qualité de travail des professionnels. Et supra-pôle bon, on a quand même une vie en institution. Avec la possibilité de participer à certaines commissions comme la commission en soins infirmiers euh... Participation aussi à certains groupes institutionnels pour participer quand même à la vie générale de l'institution.</p> <p><i>d10</i> : D'accord. Mais je souhaite revenir rapidement quand même sur les conditions de travail parce que vous m'avez présenté celles générales. Mais vous, si je vous demandai au jour le jour, quelles sont ... Enfin comment vous ressentez au quotidien votre profession ? Comment vous vivez les choses ? Comment vous la percevez, comment vous la ressentez ? Oui, c'est le mot.</p> <p><i>D10</i> : Et bien, moi j'ai envie de répondre que ça dépend des périodes. Il peut en effet y avoir des périodes très stressantes quand on a des situations d'absentéisme aigus on va dire par exemple. Euh... ce qui s'est passé il n'y a pas si longtemps. Avec des concours de circonstances où j'essaie, où l'on essaie avec mon cadre supérieur de palier à cet absentéisme. Donc là,</p>	<p>en soins infirmiers euh... Participation aussi à certains groupes institutionnels pour participer quand même à la vie générale de l'institution. »</p> <p>« <i>d10</i> : D'accord. Mais je souhaite revenir rapidement quand même sur les conditions de travail parce que vous m'avez présenté celles générales. Mais vous, si je vous demandai au jour le jour... »</p> <p><i>D10</i> : Et bien, moi j'ai envie de répondre que ça dépend des périodes. Il peut en effet y avoir des périodes très stressantes... »</p> <p>« ... quand on a des situations d'absentéisme aigus on va dire par exemple. Avec des concours de circonstances... »</p> <p>« ... où j'essaie de palier à cet absentéisme. »</p> <p>« ...où l'on essaie avec mon cadre supérieur... »</p> <p>« Donc là, la gestion, enfin les conditions de travail pour le cadre sont parfois, j'allais dire stressantes. »</p> <p>« Parce que notre rôle, quand même c'est d'assurer le service continu. »</p> <p>« Donc c'est d'avoir un effectif pour la prise en charge du patient, la sécurité du patient. »</p> <p>« Mais aussi penser à l'équipe et son bien-être au travail. Où au moins leurs fournir une qualité de travail on va dire, normale. »</p> <p>« Alors que c'est vrai qu'en cas d'absentéisme fort, elles ne peuvent pas répondre à leurs missions de manière correcte si elles n'ont pas l'ensemble des moyens. »</p> <p>« Et là, c'est de MA responsabilité. »</p>	<p>Conditions de travail</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Soutien hiérarchique Conditions de travail</p> <p>Fonction/mission professionnelle Fonction/mission professionnelle Fonction/mission professionnelle</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management Rapport à la hiérarchie Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé Profession cadre santé Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p>	<p>Exercice de la profession Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
---	--	---	--	--

<p>la gestion, enfin les conditions de travail pour le cadre sont parfois, j'allais dire stressantes. Parce que notre rôle, quand même, c'est d'assurer le service continu. Donc c'est d'avoir un effectif pour la prise en charge du patient, la sécurité du patient. Mais aussi penser à l'équipe et son bien-être au travail. Où au moins leurs fournir une qualité de travail on va dire, normale. Alors que c'est vrai qu'en cas d'absentéisme fort, elles ne peuvent pas répondre à leurs missions de manière correcte si elles n'ont pas l'ensemble des moyens. Et là, c'est de MA responsabilité. Donc c'est vrai qu'il y a certaines situations telles que l'absentéisme, d'ailleurs j pense que tous les cadres parlent de ça parce ça peut être quelque chose de récurant... C'est assez stressant de savoir comment on peut résoudre ce problème-là même si on est pas le seul sur le terrain a y réfléchir, et qu'on peut avoir de l'aide du cadre supérieur dans certaines réflexions, et ainsi de trouver des solutions collectives. C'est une situation que moi je pense assez stressante.</p> <p><i>d11</i> : Très bien, et comment faites-vous pour y faire face ?</p> <p><i>D11</i> : Je suis dans... quand il y a un absentéisme aigu, je suis beaucoup euh... dans la proximité avec, avec les équipes paramédicales. Que ce soit avec les aides-soignantes ou les infirmières, j'essaie de palier à certaines choses, d'organisation en fonction... Je les aide moralement aussi. Et je sais que s'il y a un absentéisme infirmier euh, en ce sens que les aides-soignantes ne peuvent pas palier à une</p>	<p>« Donc c'est vrai qu'il y a certaines situations telles que l'absentéisme... »  « ...d'ailleurs j pense que tous les cadres parlent de ça... »  « ...parce ça peut être quelque chose de récurant... »  « C'est assez stressant de savoir comment on peut résoudre ce problème-là... »  « ...même si on est pas le seul sur le terrain a y réfléchir... »  « ...et qu'on peut avoir de l'aide du cadre supérieur... »  « ...dans certaines réflexions... »</p> <p>« ...et ainsi de trouver des solutions collectives. »  « C'est une situation que moi je pense assez stressante. »  « ...quand il y a un absentéisme aigu... »</p> <p>« ...je suis beaucoup euh... dans la proximité avec, avec les équipes paramédicales. Que ce soit avec les aides-soignantes ou les infirmières... »  « ...j'essaie de palier à certaines choses, d'organisation en fonction... »  « Je les aide moralement aussi. »</p> <p>« Et je sais que s'il y a un absentéisme infirmier... »  « ... en ce sens que les aides-soignantes ne peuvent pas palier à une absence infirmière mais dans l'autre sens, l'infirmière peut aider et c'est plus facile de compenser. »  « ...j'essaie à la limite de prendre leur téléphone et de répondre à leur place... »</p>	<p>Facteur d'influence conditions travail Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence conditions travail Dimension collective Soutien hiérarchique Pratique réflexive</p> <p>Dimension collective Conditions de travail Facteur d'influence conditions travail Modalités relationnelles</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Modalités relationnelles Facteur d'influence conditions travail Organisation du travail</p> <p>Démarche d'action</p>	<p>Environnement travail Profession cadre santé Environnement travail Environnement travail Environnement travail Rapport à la hiérarchie Rapport au savoir Environnement travail Environnement travail Environnement travail Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management Rapport équipe de soins Environnement travail Environnement travail</p> <p>Dimension management</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p>
---	--	--	---	--

<p>absence infirmière mais dans l'autre sens, l'infirmière peut aider et c'est plus facile de compenser. Et une absence infirmière, j'essaie à la limite de prendre leur téléphone et de répondre à leur place pour éviter que ça interrompe la prise en charge dans certains tours. Ca peut être un exemple. Pour les aides-soignantes, j'essaie de coordonner certaines soins. Si euh... nos collègues... et de mutualiser. Donc si nos collègues d'à côté en oncologie peuvent prêter main forte à certains moments... Comme la vaisselle par exemple, à certains tours... Donc elles peuvent gérer la vaisselle de leurs collègues par exemple. Voilà, essayer de mutualiser et de voir avec mes collègues comment on peut gérer faire passer, faire glisser certains actes vers d'autres professionnels. Ou alors essayer de... on peut aussi jongler sur la prise en charge des patients en essayant de, ou avancer l'hospitalisation du patient, ou la reculer. Et ça, c'est de la collaboration, la coopération avec l'accord de l'équipe médicale. Encore un exemple. S'il y a du bio-nettoyage et s'il y a par exemple un absentéisme sur l'après-midi, on peut essayer d'avancer du bio-nettoyage sur l'équipe du matin qui, elle, serait en effectif normal. Enfin voilà. J'essaie de trouver des solutions ponctuelles pour essayer de soulager au moment de l'absentéisme. Mais c'est vrai que bon, c'est pas toujours satisfaisant et c'est très stressant. Un absentéisme au jour le jour, bah là c'est difficile de palier. Bon si c'est un absentéisme sur la semaine, bon, on arrive à jongler entre guillemets, et trouver des solutions en sollicitant les équipes hein. C'est certain. De déplacer ou</p>	<p>« ...pour éviter que ça interrompe la prise en charge dans certains tours. »  « Pour les aides-soignantes, j'essaie de coordonner certains soins et de mutualiser. »  « Donc si nos collègues d'à côté.. »</p> <p>« ...peuvent prêter main forte à certains moments. Comme la vaisselle par exemple, à certains tours... Donc elles peuvent gérer la vaisselle de leurs collègues par exemple. »  « Voilà, essayer de mutualiser et de voir avec mes collègues comment on peut gérer, faire passer, faire glisser certains actes vers d'autres professionnels. »  « Ou alors essayer de... on peut aussi jongler sur la prise en charge des patients en essayant de, ou avancer l'hospitalisation du patient, ou la reculer. »  « Et ça, c'est de la collaboration, la coopération... »  « ...avec l'accord de l'équipe médicale. »</p> <p>« Encore un exemple. S'il y a du bio-nettoyage et s'il y a par exemple un absentéisme sur l'après-midi, on peut essayer d'avancer du bio-nettoyage sur l'équipe du matin qui, elle, serait en effectif normal. Enfin voilà. »  « J'essaie de trouver des solutions ponctuelles pour essayer de soulager... »  « ... au moment de l'absentéisme. »</p> <p>« Mais c'est vrai que bon c'est pas toujours satisfaisant et c'est très stressant. »  « Un absentéisme au jour le jour bah là c'est difficile de palier. »</p>	<p>Conditions de travail  Démarche d'action</p> <p>Dimension collective  Organisation du travail</p> <p>Dimension collective</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Dimension collective  Modalités relationnelles  Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Facteur d'influence conditions travail  Conditions de travail  Difficulté</p>	<p>Environnement travail  Dimension management  Environnement travail  Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management</p> <p>Environnement travail  Rapport aux médecins  Dimension management</p> <p>Dimension management  Environnement travail  Environnement travail  Dimension management</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues  Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
---	---	--	--	---

des repos compensateurs ou euh... de voir comment on peut arriver avec le CICS... C'est l'équipe de remplacement pardon ! <i>[sourire]</i> .		« Bon si c'est un absentéisme sur la semaine, on arrive à jongler entre guillemets, et trouver des solutions en sollicitant les équipes hein. [...] De déplacer ou des repos compensateurs ou euh... de voir comment on peut arriver avec le CICS... »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
<i>d12</i> : D'accord ! <i>[rires]</i> . Là, je ne connais pas.		« C'est l'équipe de remplacement pardon ! <i>[sourire]</i> [...] c'est une équipe de remplacement pour le pôle, qui est gérée par le cadre supérieur, et qui intervient en cas d'absentéisme. »	Acteur-ressource	Ressource extérieure	
<i>D12</i> : Oui, c'est une équipe de remplacement pour le pôle, qui est gérée par le cadre supérieur, et qui intervient en cas d'absentéisme. Encore faut-il qu'il y ait de la disponibilité ! Donc voilà. Donc ça peut être ça aussi. Donc c'est essayer de trouver des petites solutions ponctuellement sur du court terme. A moyen terme, c'est de, de jongler sur le planning qui est d'ailleurs un outil de management assez important et très cher à tout le monde... <i>[rires]</i> . Et puis si c'est sur du long terme, comme là on a vécu trois longs arrêts maladies de plus d'un an, c'est donc là de ce fait un recrutement pour remplacer carrément le professionnel. »		« Encore faut-il qu'il y ait de la disponibilité ! »	Contrainte	Ressource extérieure	
		« Donc c'est essayer de trouver des petites solutions ponctuellement sur du court terme. »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		« A moyen terme, c'est de, de jongler sur le planning... »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		« ... qui est d'ailleurs un outil de management assez important et très cher à tout le monde... <i>[rires]</i> . »	Modalité-ressource	Ressource extérieure	
		« Et puis si c'est sur du long terme, comme là on a vécu trois longs arrêts maladies de plus d'un an, c'est donc là de ce fait un recrutement pour remplacer carrément le professionnel. »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
<b>[L147-193]</b> « <i>d13</i> : Très bien. Maintenant, vous avez commencé un peu à me l'évoquer mais concernant à présent plus spécifiquement votre rôle de manager avec l'équipe que vous avez à diriger, comment vous pourriez me le présenter, me le décrire ? Comment vous fonctionnez avec elle ?	<b>3</b>	« ...le participatif. Je pense d'abord que [...] c'est bien mais on peut pas tout le temps y être... »	Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
		« Des fois le directif s'impose... »	Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
		« ...et ça plait pas forcément à tous dans ces cas-là <i>[sourire]</i> . »	Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession
		« Je pense aussi que le management [...] ça ne se fait pas du jour au lendemain, tant avec l'équipe paramédicale que médicale... »	Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
<i>D13</i> : Je pense d'abord que le manager euh... le participatif c'est bien, mais on peut pas tout le temps y être. Des fois le directif s'impose et ça plait pas forcément à tous dans ces cas-là		« Euh... là moi c'est vrai que je suis en poste depuis 2008... »	Ancienneté	Profession cadre santé	Exercice de la profession



<p>[sourire]. Je pense aussi que le management, tant avec l'équipe paramédicale que médicale, ça ne se fait pas du jour au lendemain. Euh... là moi c'est vrai que je suis en poste depuis 2008, et on a appris à se connaître. Aussi bien avec l'équipe paramédicale que médicale. Et avec l'équipe paramédicale aides-soignantes, infirmières, ASH, c'est de savoir reconnaître euh... on va dire les caractères, pour adapter le management. Et euh travailler... enfin en ce qui me concerne c'est travailler aussi avec ces équipes en tout transparence et en toute honnêteté. En toute franchise. De manière à ce que je puisse avoir une relation d'égal à égal pour euh, faire passer des messages, comprendre leurs problématiques mais aussi essayer de leur faire comprendre nos contraintes. Donc pour moi, c'est un management de proximité qui est très important.</p> <p><i>d14</i>: Et vous le ressentez vraiment cette dimension de proximité ?</p> <p><i>D14</i>: Oui, oui, oui. Je pense que c'est une grande partie de mon travail et j'en ai besoin. Mais ce n'est pas le point de vue de tous les cadres de santé je pense. Enfin ce n'est que mon avis. Mais je pense que le type de management est peut-être du à la formation. Euh... ensuite y'a la transparence et l'honnêteté. Ça m'aide aussi à... à changer et faire changer les choses. Euh... ça les aide à comprendre les changements. Et en ce qui concerne le management de l'absentéisme, avec comme je disais le planning comme outil, c'est essayer d'être dans le donnant-donnant, pour que tout le</p>		« ... et on a appris à se connaître. Aussi bien avec l'équipe paramédicale que médicale. »	Modalités relationnelles	Rapport équipe de soins Rapport aux médecins Dimension management	Rapport aux collègues Rapport aux collègues Exercice de la profession
		« Et avec l'équipe paramédicale aides-soignantes, infirmières, ASH, c'est de savoir reconnaître euh... on va dire les caractères pour adapter le management. »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		« ...enfin en ce qui me concerne c'est travailler aussi avec ces équipes en tout transparence et en toute honnêteté. En toute franchise. »	Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		« De manière à ce que je puisse avoir une relation d'égal à égal... »	Modalités relationnelles	Rapport équipe de soins Dimension management	Rapport aux collègues Exercice de la profession
		« ... pour euh, faire passer des messages, comprendre leurs problématiques mais aussi essayer de leur faire comprendre nos contraintes. »	Modalités communication	Dimension management	Exercice de la profession
		« Donc pour moi, c'est un management de proximité qui est très important. »	Représentation	Dimension management	Exercice de la profession
		« <i>d14</i> : Et vous le ressentez vraiment cette dimension de proximité ?	Représentation	Profession cadre santé Profession cadre santé	Exercice de la profession Exercice de la profession
		<i>D14</i> : Oui, oui, oui. Je pense que c'est une grande partie de mon travail... »	Besoin	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		« ... et j'en ai besoin. »	Représentation	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		« Mais ce n'est pas le point de vue de tous les cadres de santé je pense. Enfin ce n'est que mon avis. »	Facteur d'influence management	Dimension management	Exercice de la profession
		« Mais je pense que le type de management est peut-être dû à la formation. »	Facteur d'influence management	Dimension management	Exercice de la profession
		« ...ensuite y'a la transparence et l'honnêteté. Ça m'aide aussi à... à changer et faire changer les choses [...] ça les aide à comprendre les changements. »			

<p>monde soit gagnant quoi. C'est vrai qu'un jour, il y a un sous-effectif, j'ai besoin d'une aide-soignante ou d'une infirmière... Mais en échange le repos que je déplace, si je peux le placer à côté d'un weekend pour qu'il soit plus long... Voilà. Ca c'est des petites astuces qui font... Ou alors si je peux justement les placer avant la période de congé annuel, donc prolonger la période de congé annuel... Ce sont des... Alors est-ce que c'est de la manipulation, je ne sais pas [grimace]. Où nous sommes à la limite [sourire].</p> <p>d15 : [rires].</p> <p>D15 : Ca peut être à la limite, mais on est dans le donnant-donnant. J'arrive à faire respecter un effectif et puis une sécurité pour tout le monde. Et puis à côté de sa, bah le professionnel qui se propose pour revenir, et bah moi je lui redonne de manière à ce qu'elle est un complément quoi. Voilà. Et puis j'ai envie de développer une relation de confiance avec elles, de les mettre en valeurs, de les motiver pour quelles puissent évoluer. Mais ça se construit à la longue. On ne peut pas s'approprier comme cela du jour au lendemain. Et c'est vrai que là, à ce jour, moi je m'estime dans le confort avec l'équipe paramédicale et médicale. Parce qu'on se connaît assez bien, on connaît le fonctionnement des uns et des autres. Et on est pas dans les affrontements, dans... Faut savoir aussi chacun de son côté mettre de l'eau dans son vin pour réussir à aller vers un même objectif. Tout ça pour la prise en charge du patient quoi.</p>	<p>« Et en ce qui concerne le management de l'absentéisme [...] c'est essayer d'être dans le donnant-donnant... »</p> <p>« ... avec comme je disais le planning comme outil... »</p> <p>« ... pour que tout le monde soit gagnant quoi. »</p> <p>« C'est vrai qu'un jour, il y a un sous-effectif, j'ai besoin d'une aide-soignante ou d'une infirmière... Mais en échange le repos que je déplace, si je peux le placer à côté d'un weekend pour qu'il soit plus long... Voilà. »</p> <p>« Ca c'est des petites astuces qui font... »</p> <p>« Ou alors si je peux justement les placer avant la période de congé annuel, donc prolonger la période de congé annuel... »</p> <p>« Alors est-ce que c'est de la manipulation, je ne sais pas [grimace]. »</p> <p>« Où nous sommes à la limite [sourire]. »</p> <p>« ...mais on est dans le donnant-donnant. J'arrive à faire respecter un effectif et puis une sécurité pour tout le monde. »</p> <p>« Et puis à côté de sa, bah le professionnel qui se propose pour revenir, et bah moi je lui redonne de manière à ce qu'elle est un complément quoi. »</p> <p>« Voilà. Et puis j'ai envie de développer une relation de confiance avec elles, de les mettre en valeurs, de les motiver pour qu'elles puissent évoluer. »</p> <p>« Mais ça se construit à la longue. On ne peut pas s'approprier comme cela du jour au lendemain. »</p>	<p>Démarche d'action</p> <p>Modalité-ressource</p> <p>Modalités relationnelles</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Facteur d'influence management</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Représentation</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p>	<p>Dimension management</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport équipe de soins</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p>
--	--	--	--	--



<p><i>d16</i> : Donc aujourd'hui est-ce qu'on peut résumer en disant que ça fonctionne bien, et avec votre équipe paramédicale, et avec celle médicale ?</p> <p><i>D16</i> : Moi je dirais que ça fonctionne. On arrive à travailler ensemble, en toute intelligence et de manière constructive. Et c'est vrai qu'on arrive à faire avancer les choses. A améliorer certaines situations et à mettre en place des actions, ça c'est sur.</p>	<p>« Et c'est vrai que là, à ce jour, moi je m'estime dans le confort avec l'équipe paramédicale... » « ... et médicale. »</p> <p>« Parce qu'on se connaît assez bien, on connaît le fonctionnement des uns et des autres. Et on est pas dans les affrontements... »</p> <p>« Faut savoir aussi chacun de son côté mettre de l'eau dans son vin pour réussir à aller vers un même objectif. Tout ça pour la prise en charge du patient quoi. » « Moi je dirais que ça fonctionne. »</p> <p>« On arrive à travailler [...] en toute intelligence et de manière constructive. »</p> <p>« ...ensemble... »</p> <p>« Et c'est vrai qu'on arrive à faire avancer les choses. A améliorer certaines situations et à mettre en place des actions... »</p>	<p>Modalités relationnelles</p> <p>Modalités relationnelles Facilité communication</p> <p>Représentation</p> <p>Facilité communication</p> <p>Facilité communication</p> <p>Dimension collective Facteur d'influence conditions travail</p>	<p>Rapport équipe de soins</p> <p>Rapport aux médecins Rapport équipe de soins Rapport aux médecins Rapport équipe de soins Rapport aux médecins Rapport équipe de soins Rapport aux médecins Rapport équipe de soins Rapport aux médecins Environnement travail Environnement travail</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p>
<p>[L196-283] « <i>d17</i> : Et plus spécifiquement maintenant en termes de formation, comment vous pensez aujourd'hui vous former au quotidien, dans l'exercice de votre métier ? Et éventuellement quels serez vos besoins en formation, si je vous demandez aujourd'hui quels sont vos manques et quels seraient donc vos besoins ?</p> <p><i>D17</i> : [grimace] Alors là, euh... C'est un point</p>	<p><b>4</b></p> <p>« <i>d17</i> : Et plus spécifiquement maintenant en termes de formation, comment vous pensez aujourd'hui vous former au quotidien, dans l'exercice de votre métier ?... <i>D17</i> : [grimace] Alors là, euh... C'est un point très sensible ! ... » « Parce que nous avons une formation continue institutionnelle qui est très riches. [...] pour les équipes paramédicales ou autre. Mais pour les managers je l'avoue, très pauvre. Et là c'est</p>	<p>Facteur d'influence déséquilibre Représentation formation</p>	<p>Etat psychologique Rapport au savoir</p>	

<p>très sensible !</p> <p><i>d18</i> : Ah mince...</p> <p><i>D18</i> : Parce que, nous avons une formation continue institutionnelle qui est très riches. Mais très riche pour les équipes paramédicales ou autre. Mais pour les managers, je l'avoue, très pauvre. Et là c'est mon point de vue maintenant que j'ai un peu plus de positionnement. Je trouve que l'institution... à ce jour... et contrairement à ce que j'ai dit au départ... n'offre pas ASSEZ... de formation continue... aux cadres managers de santé. Euh... tant pour leur formation tout au long de la vie, comme formation continue pour approfondir certaines connaissances ou utiliser des situations pour avoir à gérer, je sais pas moi, des situations de conflits. Quand on se retrouve dans ces situations là. Euh... des leviers de changement aussi. Enfin voilà. Tout ce que le manager devrait déjà avoir comme outils... Il a des bases avec sa formation, mais c'est une formation de base. On ne peut...</p> <p><i>d19</i> : C'est-à-dire de base ?</p> <p><i>D19</i> : Avec l'IFCS, avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé où on a une formation de dix mois. On est riche également de l'expérience de faisant-fonction mais qui peut nous ouvrir seulement à une fonction, qui peut nous faire réfléchir à postériori. Mais en termes de formation continue, l'institution, à mon goût, n'offre pas assez de formations pour que l'on puisse s'enrichir. Même de façon strictement</p>	<p>mon point de vue maintenant que j'ai un peu plus de positionnement. »</p> <p>« Je trouve que l'institution... à ce jour... et contrairement à ce que j'ai dit au départ n'offre pas ASSEZ de formation continue aux cadres managers de santé pour leur formation tout au long de la vie... »</p> <p>« ... pour approfondir certaines connaissances... »</p> <p>« ... ou utiliser des situations pour avoir à gérer, je sais pas moi, des situations de conflits [...] des leviers de changement aussi. »</p> <p>« Tout ce que le manager devrait déjà avoir comme outils... »</p> <p>« Il a des bases avec sa formation, mais c'est une formation de base. »</p> <p>« Avec l'IFCS, avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé où on a une formation de dix mois. »</p> <p>« On est riche également de l'expérience de faisant-fonction, mais qui peut nous ouvrir seulement à une fonction... »</p> <p>« ...qui peut nous faire réfléchir à postériori. »</p> <p>« Mais en termes de formation continue à mon goût, l'institution [...] n'offre pas assez de formations pour que l'on puisse s'enrichir. [...] Même de façon strictement personnelle. »</p> <p>« Parce que jusqu'à présent, l'évolution du cadre de santé euh... c'est pour devenir cadre supérieur. Mais ça c'est très limitant. »</p> <p>« Et on a pas forcément envie d'avoir cette, ce profil-là. »</p> <p>« Personnellement, moi si j'ai un projet de formation, c'est pas pour devenir cadre supérieur. »</p>	<p>Absence soutien hiérarchique</p> <p>Représentation formation</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation formation continue</p> <p>Formation continue</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Absence soutien hiérarchique</p> <p>Représentation</p> <p>Amotivation</p> <p>Amotivation</p>	<p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Dimension management</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Parcours de vie</p>
--	--	--	---	---

<p>personnelle. Parce que jusqu'à présent, l'évolution du cadre de santé euh... c'est pour devenir cadre supérieur. Mais ça c'est très limitant. Et on a pas forcément envie d'avoir cette, ce profil-là. Personnellement, moi si j'ai un projet de formation, c'est pas pour devenir cadre supérieur. C'est pour continuer d'une manière personnelle à m'enrichir. Mais aussi à enrichir mes compétences pour continuer à travailler sur le terrain dans une unité, avec une équipe.. que ce soit celle-ci ou une autre hein. Parce que je suis pas euh... je suis mobile. Même si jusqu'à présent, je n'ai occupé que ce poste-là. Mais c'est vrai que si j'avais à m'enrichir, pourquoi je n'irai pas dans un service de chirurgie pour continuer à développer mes compétences auprès d'une autre unité, et d'une autre équipe paramédicale, médicale, chirurgicale et anesthésiste si on est dans un contexte de chirurgie. Mais là aussi, ça va être un certain temps. Après je vais arriver à maîtriser. Donc dans un sens, il me reste que la mobilité pour reproduire. Donc en termes de formation continue, là l'encadrement, moi je trouve ça très limité. En termes de PROJET professionnel, j'ai envie aussi d'évoluer vers des masters pour euh... pour continuer à... à faire profiter l'institution. Pourquoi pas, en échange et en retour. Et puis pourquoi pas aussi personnellement évoluer. Ca, c'est certain.</p> <p><i>d20</i> : Donc si vous estimez qu'en termes de formation formelle, classique type formation continue, vous êtes limitée, comment faites-vous vous-même au quotidien pour apprendre...</p>	<p>« C'est pour continuer d'une manière personnelle à m'enrichir. Mais aussi à enrichir mes compétences... »</p> <p>« ... pour continuer à travailler sur le terrain dans une unité, avec une équipe... que ce soit celle-ci ou une autre hein. »</p> <p>« Parce que je suis pas euh... je suis mobile. »</p> <p>« Même si jusqu'à présent, je n'ai occupé que ce poste-là. »</p> <p>« Mais c'est vrai que si j'avais à m'enrichir, pourquoi je n'irai pas dans un service de chirurgie pour continuer à développer mes compétences auprès d'une autre unité, et d'une autre équipe paramédicale, [...] si on est dans un contexte de chirurgie. »</p> <p>« Mais là aussi, ça va être un certain temps. Après je vais arriver à maîtriser. »</p> <p>« Donc dans un sens il me reste que la mobilité pour reproduire. »</p> <p>« Donc en termes de formation continue, là l'encadrement moi je trouve ça très limité. »</p> <p>« En termes de PROJET professionnel, j'ai envie aussi d'évoluer vers des masters... »</p> <p>« ... pour euh... pour continuer à faire profiter l'institution. Pourquoi pas, en échange et en retour. »</p> <p>« Et puis pourquoi pas aussi personnellement évoluer. »</p> <p>« <i>d20</i> : Donc si vous estimez qu'en termes de formation formelle, classique type formation continue, vous êtes limitée, comment faites-vous vous-même au quotidien pour apprendre... »</p>	<p>Motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Evolution professionnelle Place accordée à l'expérience</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Absence soutien hiérarchique Motivation</p> <p>Facteur d'influence motivation</p> <p>Facteur d'influence motivation</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Parcours professionnel Parcours professionnel Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir Parcours professionnel Rapport à la hiérarchie Etat psychologique Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Rapport aux collègues</p>
---	---	---	--	---

<p>D20 : Je.. Enfin, c'est-à-dire que là, pour l'instant euh... <i>[rires]</i>. Comment dire euh... Je suis abonnée à une petite revue <i>[me montre une revue hebdomadaire]</i>. Voilà, sur les cadres.</p> <p>d21 : <i>[rires]</i>.</p> <p>D21 : Euh... j'ai aussi... Bon, l'expérience que j'ai. J'ai aussi les cours de base pour des rappels, mes collègues et leurs expériences. Voilà.</p> <p>d22 : Vous échangez souvent avec vos collègues sur ce qu'il se passe...</p> <p>D22 : Oui ! Pour savoir comment elles fonctionnent. Et aussi exposer un cas, une situation, en se disant bah voilà, moi je suis là et je ferai ça. Je réfléchis. Qu'est-ce que t'en pense toi. Comment tu réagirais.</p> <p>d23 : Et ça se passe quand et comment dans ces cas-là ?</p> <p>D23 : C'est complètement informel, c'est ponctuel euh... C'est à un moment donné où on se pose et on se dit ah oui tiens, mais là, à l'IFCS on avait dit que dans cette situation on ferait ça. Et hop, on ressort un bouquin et... Ah bah moi j'ai mon cours. Alors on pourrait faire comme ça et euh...</p> <p>d24 : <i>[sourire]</i>. Et c'est régulier ces échanges ? Où bien c'est vraiment quand il arrive un gros soucis ou il n'y a pas besoin de ça pour échanger ensemble...</p>	<p>D20 : Je.. Enfin, c'est-à-dire que là, pour l'instant euh... <i>[rires]</i>. Comment dire euh... Je suis abonnée à une petite revue [...] Voilà, sur les cadres. »</p> <p>« Euh... j'ai aussi. Bon, l'expérience que j'ai. »</p> <p>« J'ai aussi les cours de base pour des rappels.. »</p> <p>« ... mes collègues et leurs expériences. »</p> <p>« C'est complètement informel... »</p> <p>« ... c'est ponctuel euh... »</p> <p>« C'est à un moment donné... où on se pose... »</p> <p>« ... et on se dit ah oui tiens, mais là à l'IFCS on avait dit que dans cette situation on ferait ça. Et hop, on ressort un bouquin et... Ah bah moi j'ai mon cours. Alors on pourrait faire comme ça et euh... »</p> <p>« C'est plus quand on a une situation qui nous questionne vraiment. Mais pas forcément une difficulté hein, mais une situation qui nous euh[...]Pas qui nous chagrine mais une situation pour laquelle on ne sait pas trop quelle réponse donner. Euh... comment faire. Où alors on a plusieurs scénarios qui s'ouvrent à nous. Donc euh c'est quoi le moins pire. Et après comment faire au niveau des répercussions par rapport à certains scénarios.»</p> <p>« C'est surtout quand on a une situation euh... qui amène du coup une sorte de réflexion entre nous. »</p>	<p>Modalités de formation</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Modalité de formation</p> <p>Modalités de formation</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Pratique réflexive</p>	<p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p>	
---	--	---	--	--

<p><i>D24</i> : (silence). C'est plus quand on a une situation qui nous questionne vraiment. Mais pas forcément une difficulté hein, mais une situation qui nous euh... qui nous, oui. Pas qui nous chagrine mais une situation pour laquelle on ne sait pas trop quelle réponse donner. Euh... comment faire. Où alors on a plusieurs scénarios qui s'ouvrent à nous. Donc euh c'est quoi le moins pire. Et après comment faire au niveau des répercussions par rapport à certains scénarios. Donc voilà. C'est surtout quand on a une situation euh... qui amène du coup une sorte de réflexion entre nous.</p> <p><i>d25</i> : D'accord. Entre vous si j'ai bien compris c'est entre pairs, entre cadres de santé...</p> <p><i>D25</i> : Hmm.</p> <p><i>d26</i> : Ca vous arrives aussi d'échanger avec l'équipe quand il y a des cas particuliers ? Est-ce que vous ressentez le besoins dans certains cas d'en discuter avec votre équipe ?</p> <p><i>D26</i> : Pas en termes de management. C'est-à-dire que si y'a des répercussions sur une organisation ou euh... Non. Là, ce n'est pas de leur rôle. Mais on peut être amenée... Après c'est dans un projet ou en termes de friction de prise en charge où là, j'échange avec elles. Je les informe. Un exemple. En unité stérile, il nous arrive de ne pas avoir huit lits occupés. Ce qui ne nécessite pas forcément l'effectif habituel. Donc une réflexion avec elle. Voilà, on va avoir cinq patients... Que pensez-vous si dans le weekend on réduit l'effectif. Est-ce que</p>	<p>« <i>d26</i> : Ca vous arrives aussi d'échanger avec l'équipe quand il y a des cas particuliers ? Est-ce que vous ressentez le besoins dans certains cas d'en discuter avec votre équipe ? <i>D26</i> : Pas en termes de management. »</p> <p>« C'est-à-dire que si y'a des répercussions sur une organisation ou euh... Non. Là, ce n'est pas de leur rôle. »</p> <p>« Après c'est dans un projet ou en termes de friction de prise en charge. où là j'échange avec elles. »</p> <p>« Je les informe. »</p> <p>« Un exemple. En unité stérile, il nous arrive de ne pas avoir huit lits occupés. Ce qui ne nécessite pas forcément l'effectif habituel. Donc une réflexion avec elle. Voilà, on va avoir cinq patients... Que pensez-vous si dans le weekend on réduit l'effectif. Est-ce que l'on donne une journée... Voilà. Si on fait comme ça... Voilà. »</p> <p>« Là, je me prête avec elle... »</p> <p>« ...puisqu'elles ont l'expérience de l'organisation et moi l'expérience de la gestion des ressources. »</p> <p>« Donc la question c'est comment on peut mettre en commun nos réflexions. »</p> <p>« Mais les prises de décisions à la fin, ça me revient. »</p> <p>« Mais là c'est en échange avec elles et avec l'accord médical bien sur. »</p>	<p>Modalités communication Représentation</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Modalités communication Modalités communication</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Modalités communication Démarche d'action</p> <p>Echange de vécu</p>	<p>Dimension management Dimension management</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Dimension management Dimension management</p> <p>Rapport au savoir Rapport au savoir</p> <p>Dimension management Dimension management Rapport au savoir</p>	<p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession</p>
---	--	---	--	--

l'on donne une journée... Voilà. Si on fait comme ça... Voilà. Là, je me prête avec elle, puisqu'elles ont l'expérience de l'organisation, et moi l'expérience de la gestion des ressources. Donc la question c'est comment on peut mettre en commun nos réflexions. Mais les prises de décisions à la fin, ça me revient. Mais là c'est en échange avec elles, et avec l'accord médical bien sur. Mais tout ce qui est euh... réflexion de management euh... des décisions à prendre dans certaines situations... Là, ça NOUS appartient à l'encadrement, pour nous faire réfléchir, nous faire un peu cogiter. Et puis bon bah après, reste la décision à prendre quoi. »		« Mais tout ce qui est euh... réflexion de management euh... des décisions à prendre dans certaines situations... Là, ça NOUS appartient à l'encadrement... » « ...pour nous faire réfléchir, nous faire un peu cogiter. » « Et puis bon bah après, reste la décision à prendre quoi. »	Représentation  Pratique réflexive  Démarche d'action	Dimension management  Rapport au savoir Dimension management	Exercice de la profession  Exercice de la profession
<p><b>[L285-374]</b> « d27 : D'accord. Et à présent je m'interroge pour savoir quelle est votre expérience des risques psychosociaux pour vous-mêmes, et éventuellement ce que vous avez pu observer durant votre carrière ? »</p> <p>D27 : (silence). <i>[Se redresse sur sa chaise]</i>. J'me suis fait agressée... verbalement... par un médecin... à deux reprises... en tant que cadre.</p> <p>d28 : Ca s'est passé où, comment, pour quelles rai...</p> <p>D28 : Dans la salle de soins... un malentendu... une incompréhension de la part du médecin. Après peut-être que je me suis mal exprimée. Enfin pas exprimée clairement. Je ne sais pas. Je ne crois pas mais bon après, dans une situation après on ne sait... Enfin voilà, on peut induire aussi des choses. Donc par deux fois, dans... C'était une situation d'organisation.</p> <p>d29 : Vous étiez déjà cadre c'est ça ?</p>	5	<p>« J'me suis fait agressée...verbalement... à deux reprises... en tant que cadre [...] par un médecin... » « Dans la salle de soins... »</p> <p>« ... un malentendu... une incompréhension... de la part du médecin. » « Après peut-être que je me suis mal exprimée. Enfin pas exprimée clairement. Je ne sais pas. Je ne crois pas mais bon après, dans une situation après on ne sait. Enfin voilà, on peut induire aussi des choses. » « Donc par deux fois... C'était une situation d'organisation. Une agression... verbale... et en bonne et due forme. Avec un médecin... » « ... qui tourne les talons après une colère. »</p> <p>« Et c'était dirigé vers l'encadrement, très clairement. [...] L'encadrement et moi personnellement. Les deux... » « ...parce que je me suis aussi sentie attaquée. En plus indirectement... »</p>	<p>Modalités relationnelles</p> <p>Lieu communication Difficulté communication Pratique réflexive</p> <p>Modalités relationnelles</p> <p>Difficulté communication Modalités relationnelles</p> <p>Déséquilibre</p>	<p>Rapport aux médecins</p> <p>Environnement travail Rapport aux médecins Rapport au savoir</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues</p>



<p><i>D29</i> : Hmm, Hmm. Une agression verbale et en bonne et due forme. Avec un médecin qui tourne les talons après une colère. Et c'était dirigé vers l'encadrement, très clairement.</p> <p><i>d30</i> : En général ? Comment vous l'avez ressenti ?</p> <p><i>D30</i> : L'encadrement et moi personnellement. Les deux parce que je me suis aussi sentie attaquée parce que ça faisait partie aussi... En plus indirectement parce que ça concernée en plus la nuit, l'équipe de nuit que je ne gère pas du tout en plus. Donc il me tenait responsable de cette situation.</p> <p><i>d31</i> : Et comment avez-vous régit face à cette situation ?</p> <p><i>D31</i> : Bah la première fois j'étais un peu décontenancée. J'ai rien compris [<i>rires</i>]. Je me suis dit bon, d'accord, très bien. Sachant qu'en général, je ne me laisse pas marcher sur les pieds [<i>sourires</i>].</p> <p><i>d32</i> : [<i>rires</i>].</p> <p><i>D32</i> : Euh, la deuxième fois, je n'ai pas répondu. J'ai regardé ses collègues bien dans les yeux parce que là aussi ça m'a étonné.</p> <p><i>d33</i> : Collègues médecins ?</p> <p><i>D33</i> : Oui, oui. Et devant des infirmières puisque c'était dans la salle de soins donc voilà. Et la deuxième fois, je suis allé voir mon chef</p>	<p>« ... parce que ça concernait en plus la nuit, l'équipe de nuit que je ne gère pas du tout en plus. »</p> <p>« Donc il me tenait responsable de cette situation. »</p> <p>« ...la première fois, j'étais un peu décontenancée. J'ai rien compris [<i>rires</i>]. Je me suis dit bon, d'accord, très bien. »</p> <p>« Sachant qu'en général, je ne me laisse pas marcher sur les pieds [<i>sourires</i>]. »</p> <p>« Euh, la deuxième fois, je n'ai pas répondu. J'ai regardé ses collègues bien dans les yeux parce que là aussi ça m'a étonné. »</p> <p>« ... c'était dans la salle de soins donc voilà. »</p> <p>« Et la deuxième fois, je suis allé voir mon chef de service pour lui dire. »</p> <p>« J'en ai informé aussi mon cadre supérieur. »</p> <p>« Pour leurs dire que c'était la dernière fois qu'il me parlait sur ce ton et de cette manière-là. »</p> <p>« Je veux dire qu'il n'avait pas à.. »</p> <p>« Qu'on devait travailler dans le respect les uns et les autres. »</p> <p>« Et la prochaine fois, si ça devait se reproduire, que je les avertirai... »</p> <p>« ... et que j'irai directement à la médecine du travail. Voilà. »</p> <p>« Parce qu'on est dans cette situation, clairement. »</p> <p>« Parce que de un pour faire remonter les situations qui peuvent être récurrentes... »</p>	<p>Facteur d'influence déséquilibré</p> <p>Modalités relationnelles</p> <p>Déséquilibre</p> <p>Personnalité</p> <p>Déséquilibre</p> <p>Lieu communication</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Démarche d'action communication</p> <p>Représentation</p> <p>Valeur</p> <p>Démarche d'action communication</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p></p> <p>Rapport aux collègues</p>
--	---	---	--	---



<p>de service pour lui dire. J'en ai informé aussi mon cadre supérieur. Pour leurs dire que c'était la dernière fois qu'il me parlait sur ce ton et de cette manière-là. Je veux dire qu'il n'avait pas à.. Qu'on devait travailler dans le respect les uns et les autres. Et la prochaine fois, si ça devait se reproduire, que je les avertirai et que j'irai directement à la médecine du travail. Voilà. Parce qu'on est dans cette situation, clairement.</p> <p><i>d34</i> : Et le fait d'aller leur dire que vous iriez à la médecine du travail, c'était sous l'ordre de la menace ou parce que ça vous a quand même touché...</p> <p><i>D34</i> : Non, parce que de un, pour faire remonter les situations qui peuvent être récurrentes parce que je ne suis pas à l'abri d'une autre agression de cette personne-là. Euh... que la médecine du travail, elle est là aussi pour faire remonter les choses. Euh... que mes supérieurs hiérarchiques et aussi mes collaborateurs médicaux sont aussi là pour prendre position, dans cette situation. Que j'estime que je fais mon travail comme il se doit. Et au regard de mes évaluations, je pense que ça correspond à ce qu'on attend de moi. Et que c'est pas une personne qui... Enfin, on a pas à agresser les professionnels et on ne doit pas s'agresser entre professionnels. On peut travailler en toute intelligence. Si y'a un problème, c'est pas de cette manière-là qu'on peut le régler (silence). Donc de manière à faire remonter ça au sein de l'institution parce que ce sont des situations qui existent. Qui sont voilées, certaines cachées ou pas assez connues en tous les cas. Et que les risques psychosociaux ils sont</p>	<p>« ... parce que je ne suis pas à l'abri d'une autre agression de cette personne-là. » « Euh... que la médecine du travail... »</p> <p>« ...elle est là aussi pour faire remonter les choses. » « Euh... que mes supérieurs hiérarchiques... »</p> <p>« ... et aussi mes collaborateurs médicaux... »</p> <p>« ... sont aussi là pour prendre position, dans cette situation. » « Que j'estime que je fais mon travail comme il se doit. Et au regard de mes évaluations je pense que ça correspond à ce qu'on attend de moi. » « Et que c'est pas une personne qui... »</p> <p>« Enfin, on a pas à agresser les professionnels et on ne doit pas s'agresser entre professionnels. On peut travailler en toute intelligence. Si y'a un problème, c'est pas de cette manière-là qu'on peut le régler (silence). » « Donc de manière à faire remonter ça au sein de l'institution parce que ce sont des situations qui existent. Qui sont voilées, certaines cachées ou pas assez connues en tous les cas. » « Et que les risques psychosociaux ils sont là, et qu'il faut agir à un moment donné. » « Donc moi je pense qu'il faut arrêter de se voiler la face... » « <i>d35</i> : Vous avez d'autres expériences ? Peut-être pas de viol... » <i>D35</i> : Si, si. De la part d'un médecin pareil, envers l'équipe médicale ou plutôt certaines</p>	<p>Représentation</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Fonction acteur ressource</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Fonction acteur ressource</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Facteur d'influence motivation</p> <p>Modalités relationnelles</p>	<p>Rapport aux médecins</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport aux médecins</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p>
--	--	---	--	---

là, et qu'il faut agir à un moment donné. Donc moi je pense qu'il faut arrêter de se voiler la face...		infirmières. » « Donc ça euh... je les su lors des entretiens... » « Parce que ce n'était pas en ma présence. Quand ça se passe, c'est pas en ma présence. »	Modalité ressource	Ressource extérieure	Rapport aux collègues
d35 : Vous avez d'autres expériences ? Peut-être pas de viol...			Modalités relationnelles	Rapport aux médecins	
D35 : Si, si. De la part d'un médecin pareil, envers l'équipe médicale ou plutôt certaines infirmières.		« Enfin j'ai pris connaissance de cette situation-là lors des entretiens individuels annuels. » « Au fur et à mesure, chacune des infirmières et des aides-soignantes. Enfin pas toutes mais 80%. Elles m'ont fait part des difficultés rencontrées avec cette personne... La même. » « Donc j'ai fait remonter aussi la situation au chef de service et au cadre supérieur ... » « ...parce que je suis aussi responsable de leur santé au travail quand même [sourire]. » « Et me voiler la face, je ne trouve pas ça honnête. » « C'est une situation qui s'est passée déjà. Ignorer un professionnel et parler à sa collègue alors que l'infirmière est à côté et prend en charge le patient... (silence). C'est IGNORER une personne quand même. » « Je trouve ça vraiment nul. »	Modalité ressource	Ressource extérieure	
d36 : Mais les relations avec les médecins sont pas tou...			Echange de vécu	Rapport au savoir	
D36 : Non, non, non. Donc ça euh... je les su lors des entretiens... Parce que ce n'était pas en ma présence. Quand ça se passe, c'est pas en ma présence [se racle la gorge]. Ca se passe... Enfin j'ai pris connaissance de cette situation-là lors des entretiens individuels annuels. Au fur et à mesure, chacune des infirmières et des aides-soignantes. Enfin pas toutes mais 80%. Elles m'ont fait part des difficultés rencontrées avec cette personne.... La même. Donc j'ai fait remonter aussi la situation au chef de service et au cadre supérieur parce que je suis aussi responsable de leur santé au travail quand même [sourire]. Et me voiler la face, je ne trouve pas ça honnête. Donc euh... oui, oui. C'est une situation qui s'est passée déjà. Ignorer un professionnel et parler à sa collègue alors que l'infirmière est à côté et prend en charge le patient... (silence). C'est IGNORER une personne quand même. Je trouve ça vraiment nul. C'est violent. Ne pas parler à une infirmière, mais s'adresser à sa collègue qui est			Démarche d'action communication Fonction/mission professionnelle Facteur d'influence motivation Difficulté communication	Rapport à la hiérarchie Profession cadre santé Etat psychologique Rapport aux médecins	Rapport aux collègues Exercice de la profession  Rapport aux collègues
		« Ne pas parler à une infirmière, mais s'adresser à sa collègue qui est juste à côté... » « d37 : Et aujourd'hui dans votre activité, estimez-vous vous sentir épanouie dans votre travail ? Dans tout ce que vous faite quotidiennement ? D37 : [grimace]. Euh j'arrive maintenant [...] à un certain positionnement, avec une certaine	Déception	Etat psychologique	
			Souffrance	Etat psychologique	
			Facteur d'influence souffrance	Etat psychologique	
			Place accordée à l'expérience	Rapport au savoir	

<p>juste à côté... Enfin bon, un exemple.</p> <p><i>d37</i> : Et aujourd'hui dans votre activité, estimez-vous vous sentir épanouie dans votre travail ? Dans tout ce que vous faite quotidiennement ?</p> <p><i>D37</i> : [<i>grimace</i>]. Euh j'arrive maintenant avec une certaine expérience à un certain positionnement, dans ce sens que j'arrive à formuler et à dire certaines choses quand ça va, mais aussi quand ça va pas. Et comment on peut améliorer les choses, que ce soit avec mes collaborateurs directs ou avec mes supérieurs hiérarchiques. En ce sens que quand j'arrive à dire les choses, ça me permet vraiment de me soulager d'un poids. Donc oui. Alors épanouie bon... On travaille dans une institution, avec des contraintes et des impossibilités. C'est compréhensible même si parfois c'est un peu capiello-tracté. Faut les accepter. Donc oui. Alors épanouie bon... On travaille dans une institution, avec des contraintes et des impossibilités. C'est compréhensible même si parfois c'est un peu capiello-tracté. Faut les accepter. Donc pour les accepter, faut verbaliser. En ce qui me concerne, c'est comme ça. Donc j'arrive à mettre les formes et à verbaliser les choses.</p> <p><i>d38</i> : C'est donc votre façon d'accepter euh [<i>rires</i>].</p> <p><i>D38</i> : D'accepter... de comprendre. (silence). »</p>		<p>expérience... »</p> <p>« ...dans ce sens que j'arrive à formuler et à dire certaines choses quand ça va, mais aussi quand ça va pas. Et comment on peut améliorer les choses, que ce soit avec mes collaborateurs directs ou avec mes supérieurs hiérarchiques. »</p> <p>« En ce sens que quand j'arrive à dire les choses, ça me permet vraiment de me soulager d'un poids. Donc oui. Alors épanouie... »</p> <p>« ...bon... On travaille dans une institution avec des contraintes et des impossibilités. C'est compréhensible même si parfois c'est un peu capiello-tracté. Faut les accepter. »</p> <p>« Donc pour les accepter, faut verbaliser. En ce qui me concerne, c'est comme ça. »</p> <p>« Donc j'arrive à mettre les formes et à verbaliser les choses.</p> <p><i>d38</i> : C'est donc votre façon d'accepter euh</p> <p><i>D38</i> : D'accepter... de comprendre. (silence). »</p>	<p>Facilité communication</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	
<p>[<b>L376-431</b>] « <i>d39</i> : Très bien, et bien venons-en à ma dernière grande question qui est la suivante : comment vous définiriez-vous aujourd'hui ? Qui êtes-vous ?</p> <p><i>D39</i> : [<i>fait des yeux ronds</i>]. »</p>	6	<p>« <i>d39</i> : ... comment vous définiriez-vous aujourd'hui ? Qui êtes-vous ?</p> <p><i>D39</i> : [<i>fait des yeux ronds</i>]. »</p> <p>« *** ***, cadre de santé épanouie au boulot [<i>rires</i>]. »</p>	<p>Etonnement</p> <p>Représentation</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	

<p>d40 : [rises]. Etonnement !</p> <p>D40 : *** ***, cadre de santé épanouie au boulot [rises].</p> <p>d41 : Oui mais pas votre état civil [rises]. Non, autre que...</p> <p>D41 : [rises]. Comment je pourrai me définir ?!</p> <p>d42 : Oui, comment vous vous définiriez. Au travail ou en dehors, comme vous voulez.</p> <p>D42 : [fait des yeux ronds une nouvelle fois]. Y'a longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi !</p> <p>d43 : Et bien oui, c'est ce que je vois [rises].</p> <p>D43 : Je réfléchis pour les autres mais sur moi... J'ai réussi à ce jour à euh... allier mon côté professionnel, mon côté personnel et mon côté associatif. Et là, vous voyez les trois cercles, et bah je suis au centre [dessine de façon imaginaire un rond sur la table avec son doigt].</p> <p>d44 : Et d'un point de vue de votre personnalité ?</p> <p>D44 : Euh... Alors. (silence).</p> <p>d45 : Mais de façon assez spontanée hein.</p> <p>D45 : Non mais oui, oui. [rises]. Mais la spontanéité bah euh... je ne l'ai plus autant. Ca c'est l'âge.</p>	<p>« [rises]. Comment je pourrai me définir ?! ...</p> <p>D42 : [fait des yeux ronds une nouvelle fois]. »</p> <p>« Y'a longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi ! [...] Je réfléchis pour les autres mais sur moi... »</p> <p>« J'ai réussi à ce jour à euh allier mon côté professionnel, mon côté personnel et mon côté associatif. Et là, vous voyez les trois cercles, et bah je suis au centre. »</p> <p>« d44 : Et d'un point de vue de votre personnalité ? [...] »</p> <p>D45 : Mais la spontanéité bah euh... je ne l'ai plus autant. »</p> <p>« Ca c'est l'âge. C'est peut-être aussi la sagesse ?! [grimace]. »</p> <p>« Je suis... (silence). Oh je suis quoi [sourire]. (silence). »</p> <p>« Bah je serai plus dans le positif. »</p> <p>« Je suis une PROFESSIONNELLE qui a de la MOTIVATION... euh qui a des CONVICTIONS euh... qui aime son TRAVAIL... »</p> <p>« ... et qui aime particulièrement travailler avec l'équipe en hématologie. »</p> <p>« Euh... qui aime aussi faire avancer des projets... »</p> <p>« ...et aider au quotidien les professionnels de soins. (silence) »</p> <p>« Je suis très motivée alors ! »</p> <p>« Bon épanouie, je dirais pas jusqu'à épanouie mais qui est bien dans ses basket. [...] je me sens à l'aise dans mon travail. [...] Je sais où je vais et je sais ce que je veux. »</p>	<p>Etonnement</p> <p>Difficulté pratique réflexive</p> <p>Equilibre</p> <p>Personnalité</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Difficulté pratique réflexive</p> <p>Personnalité</p> <p>Représentation</p> <p>Motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Equilibre</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Identité personnelle</p> <p>Etat psychologique</p>	
---	--	--	--	--

<p><i>d46 : [rires].</i></p> <p><i>D46 : C'est peut-être aussi la sagesse ?! [grimace].</i></p> <p><i>d47 : [rires]. Oui, oui, c'est peut-être le début !</i></p> <p><i>D47 : Non, non. On va pas se vanter non plus euh... Je suis... (silence). Oh je suis quoi [sourire]. (silence).</i></p> <p><i>d48 : Je ne peux pas répondre à votre place ! [sourire]. Autant dans le positif que dans le négatif.</i></p> <p><i>D48 : Bah je serai plus dans le positif. Je suis une PROFESSIONNELLE, qui a de la MOTIVATION, euh qui a des CONVICTIONS euh... qui aime son TRAVAIL et qui aime particulièrement travailler avec l'équipe en hématologie. Euh... qui aime aussi faire avancer des projets et aider au quotidien les professionnels de soins (silence). J'ai dit motivée ?</i></p> <p><i>d49 : Oui [sourire].</i></p> <p><i>D49 : Je suis très motivée alors ! Bon épanouie, je dirais pas jusqu'à épanouie mais qui est bien dans ses basket. D'ailleurs j'en porte depuis quelques temps maintenant pour travailler. J'ai adopté les baskets et euh... Non je me sens à l'aise dans mon travail. A l'aise dans mon travail. Je sais où je vais et je sais ce que je veux. Là à ce jour je pense que c'est parce que j'ai pris certaines décisions par rapport à...</i></p>	<p>« Là à ce jour je pense que c'est parce que j'ai pris certaines décisions par rapport à... [rires]. A ce que je veux faire. Voilà. »</p> <p>« Non je me sens à l'aise dans mon travail. »</p> <p>« <i>d50</i> : Très bien ! Vous avez autre chose à dire où on termine là-dessus ? [rires].</p> <p><i>D50</i> : Non mis à part que ça fait du bien de parler comme ça. Ça me permet de réfléchir un peu. »</p>	<p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Equilibre</p> <p>Pratique réflexive</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport au savoir.</p>	
--	---	---	---	--

*[rires]*. A ce que je veux faire. Voilà. Non je me sens à l'aise dans mon travail.

*d50* : Très bien ! Vous avez autre chose à dire où on termine là-dessus ? *[rires]*.

*D50* : Non mis à part que ça fait du bien de parler comme ça. Ca me permet de réfléchir un peu. »

Tableau d'analyse descriptive – Entretien n°3 - Mme. E\*.

Enoncé brut de E*	N° Q	Unités de sens	Sous-thèmes	Thèmes	Catégories
<p><b>[L12-25]</b> « e2 : ...Alors tout d'abord, la première question consiste, si vous le voulez bien, à me présenter votre parcours de formation et le ou les professions que vous avez été amenés à exercer jusqu'à aujourd'hui.</p> <p>E2 : Donc j'ai 52 ans bientôt. J'ai commencé dans les soins à l'âge de 18 ans. Euh 5 ans après mon baccalauréat, 5 ans en tant qu'agent hospitalier. Et puis 3 ans après avoir fait le concours d'infirmière. Et puis 3 ans après avoir fait le concours d'infirmière, j'ai eu mon diplôme après 8 ans dans la vie professionnel. A la suite de ça j'ai exercé pendant 12 ans en tant qu'infirmière. Et à la suite de ça j'ai réengagé mon projet professionnel vers une fonction cadre. Et je suis actuellement cadre depuis 11 ans maintenant. Et j'ai exercé 9 ans dans les services.</p> <p>e3 : Et toujours dans la fonction publique ?</p> <p>E3 : Toujours dans la fonction publique. Le travail de cadre, enfin la fonction cadre. Sinon avant, j'ai travaillé dans le secteur privé. Donc dans la fonction publique exactement, je le suis depuis 1997. »</p>	<b>1</b>	<p>« Donc j'ai 52 ans bientôt. »</p> <p>« J'ai commencé [...] à l'âge de 18 ans. [...] 5 ans en tant qu'agent hospitalier dans les soins... »</p> <p>« Euh 5 ans après mon baccalauréat... »</p> <p>« Et puis 3 ans après avoir fait le concours d'infirmière... »</p> <p>« ... j'ai eu mon diplôme après 8 ans dans la vie professionnel. »</p> <p>« A la suite de ça j'ai exercé pendant 12 ans en tant qu'infirmière. »</p> <p>« Et à la suite de ça j'ai réengagé mon projet professionnel vers une fonction cadre. »</p> <p>« Et je suis actuellement cadre... »</p> <p>« ... depuis 11 ans maintenant. »</p> <p>« Et j'ai exercé 9 ans dans les services. »</p> <p>« Toujours dans la fonction publique. »</p> <p>« Le travail de cadre, enfin la fonction cadre. »</p> <p>« Sinon avant, j'ai travaillé dans le secteur privé. »</p> <p>« Donc dans la fonction publique exactement je le suis depuis 1997. »</p>	<p>Age</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Formation initiale</p> <p>Formation continue</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Motivation</p> <p>Evolution professionnelle</p> <p>Ancienneté</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Représentation</p> <p>Secteur d'exercice</p> <p>Secteur d'exercice</p>	<p>Identité personnelle</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Parcours professionnel</p> <p>Parcours professionnel</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p>



<p><b>[L27-106]</b> « <i>e4</i> : Très bien. Donc en termes d'organisation de travail et de conditions de travail, quelles sont-elles aujourd'hui pour vous, à la fois au sein du service et plus globalement au sein de l'établissement ?</p> <p><i>E4</i> : De la fonction cadre vous voulez dire ? D'encadrement ?</p> <p><i>e5</i> : Oui, les vôtres.</p> <p><i>E5</i> : Bah c'est une époque difficile depuis la mise en place euh des... des RTT. Parce que les... cette mise en place c'est fait à moyen constant dans le service. Donc ça remonte à 2000... non 2001 la mise en place des RTT. Et depuis nous, nous subissons des réductions de... de personnels. Enfin plus précisément de remplacement. Ce qui fait que l'absentéisme occupe aujourd'hui une grande part de notre gestion courante. C'est-à-dire clairement bah trouver quelqu'un qui va venir en poste pour prendre en charge les patients qui sont dans l'unité. Sachant que nous, nous avons une mission de service public et que le flux des patients, malgré ce qu'évoque un comptage euh mathématique de la direction, est toujours très important. C'est-à-dire que dans une journée, parfois, nous avons euh... Le plus que j'ai vu, c'est trois patients dans une journée pour un service d'hospitalisation de courte durée. Et puis parfois je peux avoir un patient doit aller au bloc, et le temps qu'un autre sorte, moi j'ai déjà repris son lit pour pouvoir accueillir un patient qui va être opéré l'après-midi... (silence).</p>	2	<p>« Bah c'est une époque difficile... »</p> <p>« depuis la mise en place euh des... des RTT. Parce que [...] cette mise en place c'est fait à moyen constant dans le service. Donc ça remonte à [...] 2001. Et depuis nous, nous subissons des réductions de personnels. Enfin plus précisément de remplacement. »</p> <p>« Ce qui fait que l'absentéisme occupe aujourd'hui une grande part de notre gestion courante. C'est-à-dire clairement bah trouver quelqu'un qui va venir en poste pour prendre en charge les patients qui sont dans l'unité. »</p> <p>« Sachant que nous, nous avons une mission de service public... »</p> <p>« ... et que le flux des patients [...] est toujours très important, malgré ce qu'évoque un comptage euh mathématique de la direction... »</p> <p>« C'est-à-dire que dans une journée, parfois, nous avons euh... Le plus que j'ai vu, c'est trois patients dans une journée pour un service d'hospitalisation de courte durée. »</p> <p>« Et puis parfois je peux avoir un patient doit aller au bloc, et le temps qu'un autre sorte, moi j'ai déjà repris son lit pour pouvoir accueillir un patient qui va être opéré l'après-midi... (silence). »</p> <p>« <i>e6</i> : Et alors quels rapports entretenez-vous avec les autres équipes de l'établissement ? Avec vos autres collègues ?</p> <p><i>E6</i> : Alors c'est un peu délicat... »</p> <p>« ...parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire depuis 2009 a restructuré l'hôpital en pôles... »</p>	<p>Conditions de travail Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p> <p>Fonction/mission professionnelle Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Difficulté communication Facteur d'influence organisation travail</p>	<p>Environnement travail Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Profession cadre santé Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues Environnement travail</p>	<p></p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p></p> <p></p>
--	---	---	--	---	---

<p>e6 : Et alors quels rapports entretenez-vous avec les autres équipes de l'établissement ? Avec vos autres collègues ?</p> <p>E6 : Alors c'est un peu délicat parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire depuis 2007 a restructuré l'hôpital en pôles, ce qui fait qu'on communique à l'intérieur d'un pôle mais on communique plus à l'échelle d'un établissement. Et moi j'y perçois une perte de... une perte pour notre fonction. Parce que ces temps de réunion, c'était aussi des temps d'échanges. Et selon le climat qu'il y a dans le pôle, et bien soit la parole est libre ou soit justement elle n'est pas possible... (silence).</p> <p>e7 : Et donc vous actuellement, quelle est votre situation par rapport à ça ?</p> <p>E7 : Euh... C'est pas toujours facile parce que moi en plus j'ai changé d'établissement. Et en plus je suis dans une équipe où euh... Je suis arrivée nouvelle dans une équipe. Et c'est pas évident de savoir comment je peux évoquer mes difficultés de gestion et de management avec cette nouvelle équipe. Sachant que la cadre supérieure de pôle est très directive. Et qu'elle n'est pas du tout dans un esprit de management participatif. Elle donne des ordres et il faut s'y tenir quoi, notamment en ce qui concerne la gestion de l'absentéisme.</p> <p>e8 : C'est-à-dire ? Est-ce que vous avez un exemple peut-être ?</p> <p>E8 : [se racle la gorge]. C'est-à-dire, par</p>	<p>« ...ce qui fait qu'on communique à l'intérieur d'un pôle mais on communique plus à l'échelle d'un établissement. »</p> <p>« Et moi j'y perçois... une perte pour notre fonction. »</p> <p>« Parce que ces temps de réunion.. »</p> <p>« ... c'était aussi des temps d'échanges. »</p> <p>« Et selon le climat qu'il y a dans le pôle, et bien soit la parole est libre, ou soit justement elle n'est pas possible... (silence). »</p> <p>« C'est pas toujours facile... »</p> <p>« ...parce que moi en plus j'ai changé d'établissement. »</p> <p>« Et en plus je suis dans une équipe où euh... Je suis arrivée nouvelle dans une équipe. Et c'est pas évident de savoir comment je peux évoquer mes difficultés de gestion et de management avec cette nouvelle équipe. »</p> <p>« Sachant que la cadre supérieure de pôle est très directive. »</p> <p>« Et qu'elle n'est pas du tout dans un esprit de management participatif. »</p> <p>« Elle donne des ordres et il faut s'y tenir quoi, notamment en ce qui concerne la gestion de l'absentéisme. »</p> <p>« C'est-à-dire, par exemple euh, on sait que pour le remplacement d'une infirmière qui est enceinte, on va avoir ce qu'on appelle deux mois de carences. C'est-à-dire personne sur ce poste pour un remplacement. Donc il faut solliciter les membres de l'équipe. »</p>	<p>Conditions de travail</p> <p>Représentation</p> <p>Lieu communication</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Modalités relationnelles</p> <p>Organisation du travail</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p>
---	---	---	---	---

<p>exemple euh, on sait que pour le remplacement d'une infirmière qui est enceinte, on va avoir ce qu'on appelle deux mois de carences. C'est-à-dire personne sur ce poste pour un remplacement. Donc il faut solliciter les membres de l'équipe. Comme les infirmières sont moins nombreuses que les aides-soignantes, c'est très délicat parce que euh... on est obligé de faire revenir les personnes sur leurs repos. Et même si on leur propose d'autres repos et qu'on essaie d'être le plus entre guillemets arrangeante, c'est-à-dire de réponse à leur demande ou de proposer hein, parce que c'est pas toujours possible pour nous de pouvoir rendre ces repos à la demande de la personne qui a rendue service à l'équipe. Et puis ce que j'ai remarqué aussi depuis l'organisation en pôle, c'est un certain SENS de l'intérêt commun qui n'existe plus. C'est-à-dire bah que c'est à l'intérieur du pôle, même voir même selon la personne, euh la personnalité du cadre sup', en fonction de l'intérêt qu'il porte à sa propre unité. Enfin moi je perçois ça. Mais c'est personnel hein.</p> <p>e9 : Mais vous me parlez d'un intérêt commun qui était partagé avant. Quel était-il ?</p> <p>E9 : Alors l'intérêt commun c'était euh, notamment le transfert d'un patient si on a pas de place. Pour l'hébergement d'un patient qui relève de notre discipline... Parce qu'en plus de l'absentéisme, y'a aussi une grosse gestion des lits, c'est-à-dire des places d'hospitalisation. Et souvent, quand on connaissait nos collègues de l'institution qui avaient des spécificités de soins</p>	<p>« Comme les infirmières sont moins nombreuses que les aides-soignantes, c'est très délicat parce que euh on est obligé de faire revenir les personnes sur leurs repos. »</p> <p>« Et même si on leur propose d'autres repos et qu'on essaie d'être le plus entre guillemets arrangeante, c'est-à-dire de réponse à leur demande ou de proposer hein »</p> <p>« parce que c'est pas toujours possible pour nous de pouvoir rendre ces repos à la demande de la personne qui a rendue service à l'équipe. »</p> <p>« Et puis ce que j'ai remarqué aussi depuis l'organisation en pôle... »</p> <p>« ... c'est un certain SENS de l'intérêt commun qui n'existe plus. C'est-à-dire bah que c'est à l'intérieur du pôle, même voir même selon la personne, euh la personnalité du cadre sup', en fonction de l'intérêt qu'il porte à sa propre unité... »</p> <p>« Alors l'intérêt commun, c'était euh.. notamment le transfert d'un patient si on a pas de place. Pour l'hébergement d'un patient qui relève de notre discipline... »</p> <p>« Parce qu'en plus de l'absentéisme, y'a aussi une grosse gestion des lits, c'est-à-dire des places d'hospitalisation. »</p> <p>« Et souvent, quand on connaissait nos collègues de l'institution qui avaient des spécificités de soins qui étaient euh.. des spécialités de soins pardon qui étaient proches de la nôtre... »</p> <p>« ...on pouvait négocier entre nous... »</p> <p>« ... et les médecins nous suivaient dans cette hospitalisation. »</p>	Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession
		Démarche d'action	Dimension management	Exercice de la profession
		Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession
		Facteur d'influence organisation travail Evolution organisation travail	Environnement travail Environnement travail	
		Valeur	Environnement travail	
		Fonction/mission professionnelle	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Organisation du travail	Environnement travail	
		Dimension collective Modalités relationnelles	Environnement travail Rapport aux médecins	Rapport aux collègues

<p>qui étaient euh.. des spécialités de soins pardon qui étaient proches de la nôtre, on pouvait négocier entre nous et les médecins nous suivaient dans cette hospitalisation. Bien sur, à charge de rapatrier le patient dans l'unité par laquelle il est pris en charge. Aujourd'hui c'est, c'est différent. C'est... Parce que les pôles ont été constitués au bon vouloir de l'entente des médecins. Ce qui fait qu'il n'y a pas forcément une cohérence dans la constitution des pôles de soins. Ce qui fait que vous pouvez avoir une spécialité qui est voisine de la vôtre comme la chirurgie thoracique et la chirurgie cardiaque, mais euh... Où la réanimation aussi. Mais vous ne pouvez pas demander de l'aide pour un transfère de compétences d'aides-soignants ou d'infirmière parce que là, maintenant, c'est vraiment le fonctionnement en pôles.</p> <p><i>e10</i> : Et donc comment vous faites dans ces cas-là ?</p> <p><i>E10</i> : Bah c'est très dur parce que soit je, je sollicite les membres de l'équipe présente pour faire le remplacement. Et bien sur, toute chose à une fin. Quand vous avez sollicité par rapport à un remplacement qui n'est pas comblé plusieurs fois une personne, au bout d'un moment elle dit non. Et moi j'ai par principe de ne pas insisté parce que j'estime qu'on est certes des professionnels et qu'on a une mission de service public, mais qu'il y a un moment donné... on est euh... on peut pas être corvéable à merci. Surtout pour garder sa lucidité et sa concentration dans le cadre des soins. Et puis euh, bah parfois je prends des risques. Une</p>	<p>« Bien sur, à charge de rapatrier le patient dans l'unité par laquelle il est pris en charge. » « Aujourd'hui c'est différent. »</p> <p>« Parce que les pôles ont été constitués au bon vouloir de l'entente des médecins. » « Ce qui fait qu'il n'y a pas forcément une cohérence dans la constitution des pôles de soins. » « Ce qui fait que vous pouvez avoir une spécialité qui est voisine de la vôtre comme la chirurgie thoracique et la chirurgie cardiaque, mais euh... Où la réanimation aussi. Mais vous ne pouvez pas demander de l'aide pour un transfère de compétences d'aides-soignants ou d'infirmière... » « ... parce que là, maintenant, c'est vraiment le fonctionnement en pôles. » « Bah c'est très dur... »</p> <p>« ...parce que soit je, je sollicite les membres de l'équipe présente pour faire le remplacement.» « Et bien sur, toute chose à une fin. Quand vous avez sollicité par rapport à un remplacement qui n'est pas comblé plusieurs fois une personne, au bout d'un moment elle dit non. » « Et moi j'ai par principe de ne pas insister... »</p> <p>« ... parce que j'estime qu'on est certes des professionnels... » « ... et qu'on a une mission de service public... »</p>	<p>Organisation du travail Représentation</p> <p>Facteur d'influence organisation travail Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Evolution organisation travail</p> <p>Facteur d'influence organisation travail Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Difficulté</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Représentation</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p>	<p>Environnement travail Environnement travail Environnement travail Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail Etat psychologique Etat psychologique</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management Profession cadre santé Profession cadre santé</p>	<p></p> <p></p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession Exercice de la profession Exercice de la profession</p>
---	---	--	--	---

<p>infirmière que dit bah ***, moi je peux venir que quatre heures le soir... Donc quand je dis que je prends des risques, c'est par rapport à la prise en charge des patients. Et là j'avoue que ça me met encore dans un autre stress. Celui de... de pas toujours pouvoir respecter la vie privée des agents. Et puis celui de ris... Et là personne m'épaule. Là je suis la seule responsable. C'est-à-dire que s'il y a un accident ou un problème, c'est moi qui suis responsable en premier lieu de cette organisation, puisque le cadre il est responsable de l'organisation paramédicale, dans son unité. »</p>		<p>« ... mais qu'il y a un moment donné... on est euh... on peut pas être corvéable à merci. Surtout pour garder sa lucidité et sa concentration dans le cadre des soins. »</p> <p>« Et puis [...] parfois je prends des risques. [...] par rapport à la prise en charge des patients. Une infirmière que dit, moi je peux venir que quatre heures le soir... Et là j'avoue que ça me met encore dans un autre stress. Celui de pas toujours pouvoir respecter la vie privée des agents. »</p> <p>« Et là personne m'épaule. Là je suis la seule responsable. C'est-à-dire que s'il y a un accident ou un problème, c'est moi qui suis responsable en premier lieu de cette organisation... »</p>	<p>Représentation</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Absence soutien</p>	<p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues</p>	<p>Exercice de la profession</p>
<p><b>[L305-324]</b> « e24 : Très bien. Vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?</p>		<p>« ...puisque le cadre il est responsable de l'organisation paramédicale, dans son unité. »</p>	<p>Fonction/mission professionnelle</p>	<p>Profession cadre santé</p>	<p>Exercice de la profession</p>
<p>E24 : Euh oui. Juste dire que pour une infirmière qui a un téléphone c'est toutes les... Enfin une infirmière est interrompue toutes les dix minutes. Moi en tant que cadre, c'est le téléphone pour tout et n'importe quoi toutes les cinq secondes. Enfin toutes les... J'ai calculé une fois, c'est toutes les cinq minutes. A tel point de poser le téléphone pour aller aux toilettes et de me dépêcher pour me dire mais qui m'aura appelé. Et puis euh, si par exemple une direction vous appelle parce qu'ils ont besoins d'un... Ca c'est une source de stress aussi. D'un élément tout de suite, maintenant, et bah faut qu'on cesse toute affaire pour aller le renseigner. Par contre NOUS, si on a besoin d'une aide pour une prise en charge, on a pas du tout cette réactivité. Pour vous donner un ordre d'idée, tous les directeurs de mon établissement ont les derniers **** avec leurs mails consultables n'importe où dans l'établissement.</p>		<p>« e24 : Très bien. Vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?</p> <p>E24 : Euh oui. [...] une infirmière est interrompue toutes les dix minutes. Moi en tant que cadre, c'est le téléphone pour tout et n'importe quoi toutes les cinq secondes. [...] toutes les cinq minutes. A tel point de poser le téléphone pour aller aux toilettes et de me dépêcher pour me dire mais qui m'aura appelé. »</p> <p>« Et puis euh, si par exemple une direction vous appelle parce qu'ils ont besoins [...] D'un élément tout de suite, maintenant... et bah faut qu'on cesse toute affaire pour aller le renseigner. Ca c'est une source de stress aussi. »</p>	<p>Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p>	

<p>Moi j'ai un D.E.C.T qui m'hurle dans les oreilles. Dont on ne sait pas l'incidence par rapport aux rayonnements, où dans la poche puisqu'on le garde en permanence. Incidence sur la santé je parle. Et je parle pas du stress. Et quand vous êtes en train de courir d'un côté ou de l'autre par rapport à la gestion de service, on vous dit bah vous l'avez pas vu votre mail ? Bah non je l'ai pas vu, non, non. Excusez-moi, j'étais auprès d'un patient, d'une famille donc non, non, je l'ai pas vu. Donc ça je trouve ça lourd quoi. Et ça, vous voyez, les temps d'expressions professionnelles nous permettaient de conscientiser les missions des uns et des autres. Et faisant se développer notre sens de l'intérêt commun. On a plus rien de ça. Et je vois pas quel est l'intérêt... à part faire justement souffrir et diminuer la qualité de vie au travail. Ca c'est vraiment un élément... C'est la non-conscience du travail des uns et des autres... (silence). »</p>	<p>« Par contre NOUS si on a besoin d'une aide pour une prise en charge, on a pas du tout cette réactivité. »  « ...tous les directeurs de mon établissement ont les derniers * avec leurs mails consultables n'importe [...]. Moi j'ai un D.E.C.T qui m'hurle dans les oreilles. Dont on ne sait pas l'incidence par rapport aux rayonnements, où dans la poche puisqu'on le garde en permanence. [...] Et je parle pas du stress. »  « Et quand vous êtes en train de courir d'un côté ou de l'autre par rapport à la gestion de service.. »  « ... on vous dit bah vous l'avez pas vu votre mail ? Bah non je l'ai pas vu, non, non. Excusez-moi, j'étais auprès d'un patient, d'une famille donc non, non, je l'ai pas vu. Donc ça je trouve ça lourd quoi. »  « Et ça, vous voyez les temps d'expressions professionnelles... »  « ... nous permettaient de conscientiser les missions des uns et des autres. Et faisant se développer notre sens de l'intérêt commun. »  « On a plus rien de ça. »</p> <p>« Et je vois pas quel est l'intérêt à part... faire justement souffrir... »  « ...et diminuer la qualité de vie au travail. »</p> <p>« C'est la non-conscience du travail des uns et des autres... (silence). »</p>	<p>Absence soutien hiérarchique</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Temps communication Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence souffrance Facteur d'influence conditions travail Représentation</p>	<p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Environnement travail Environnement travail</p> <p>Environnement travail Etat psychologique Environnement travail Environnement travail</p>	<p>Rapport aux collègues</p>
<p><b>[L107-I68]</b> « <i>ell</i> : Alors, bon, vous avez déjà commencé un petit peu à me l'évoquer mais si je vous demande de me parler plus spécifiquement du management que vous mettez en place avec votre équipe de soin, comment</p>	<p><b>3</b></p> <p>« Alors y'a deux paramètres. Y'a le management euh... que je connais actuellement avec mon cadre supérieur qui M'IMPOSE une forme de management. »</p>	<p>Modalités relationnelles</p>	<p>Rapport à la hiérarchie</p>	<p>Rapport aux collègues</p>



<p>vous me le qualifieriez, vous me le définiriez ?</p> <p><i>E11 :</i> Alors y'a deux paramètres. Y'a le management euh... que je connais actuellement avec mon cadre supérieur, qui M'IMPOSE une forme de management. Et moi, dans cette forme de management, y'a une part d'autonomie que je garde. Et qui est axé sur mes valeurs humaines euh... humanistes. C'est-à-dire ce que j'évoquais avec vous, de ne pas forcer les gens... Ce qui me met parfois vraiment en difficulté, moi-même, par rapport à ma responsabilité. Et surtout celle de la qualité des soins. Mais bon je, je... Comment dire. Je suis rarement arrivée à cette extrémité, parce que justement, j'essaie d'être dans la collaboration, la transparence, de faire participer tous les éléments que je peux communiquer à l'équipe. Alors par exemple, qui soit d'ordre de, de difficultés à recruter pour les vacances d'été ou de remplacements. Je leurs évoque et je leurs en fait part. Ca euh... je pense que c'est des adultes avec qui je travaille. Et moi je leurs fait part de ça. Et ce que j'avais fait dans le service où j'étais avant, c'était les groupes de paroles par rapport... Et aussi les revenus de dossiers avec la psychologue du travail, par rapport à... à la difficulté de la prise en charge des patients dans l'unité qui était spécifique. Par contre, là, dans le service où je suis c'est aussi très, très dure cette prise en charge parce que euh... (silence). Comment dire euh... les patients ont... la santé des patients peut se dégrader très vite. Et des patients qui sont jeunes. Et là, j'ai pas pu le faire. Donc souvent ça se fait, enfin c'est moi qui vais souvent aux transmissions pour pouvoir</p>		<p>« Et moi, dans cette forme de management, y'a une part d'autonomie que je garde. »</p> <p>« Et qui est axé sur mes valeurs humaines euh... humanistes. »</p> <p>« C'est-à-dire ce que j'évoquais avec vous, de ne pas forcer les gens... »</p> <p>« Ce qui me met parfois vraiment en difficulté, moi-même, par rapport à ma responsabilité. Et surtout celle de la qualité des soins. Mais bon je, je... Comment dire. Je suis rarement arrivée à cette extrémité... »</p> <p>« ... parce que justement j'essaie d'être dans la collaboration, la transparence, de faire participer tous les éléments que je peux communiquer à l'équipe.[...] qui soit d'ordre de difficultés à recruter pour les vacances d'été ou de remplacements. Je leurs évoque et je leurs en fait part. »</p> <p>« Ca euh... je pense que c'est des adultes avec qui je travaille. »</p> <p>« Et moi je leurs fait part de ça. »</p> <p>« Et ce que j'avais fait dans le service où j'étais avant c'était les groupes de paroles [...] Et aussi les revues de dossiers... »</p> <p>« ... par rapport à... à la difficulté de la prise en charge des patients dans l'unité qui était spécifique. »</p> <p>« ... avec la psychologue du travail... »</p> <p>« Par contre, là, dans le service où je suis c'est aussi très, très dure cette prise en charge... »</p> <p>« ... parce que euh... (silence). [...] la santé des patients peut se dégrader très vite. »</p> <p>« Et des patients qui sont jeunes. »</p>	<p>Démarche d'action</p> <p>Facteur d'influence management</p> <p>Valeur</p> <p>Difficulté</p> <p>Modalités communication</p> <p>Représentation</p> <p>Modalité communication</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Acteur-ressource</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p>	<p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Environnement travail</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Ressource extérieure</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	--	---	---	---	---



euh... Comment dire... développer ce temps de libre parole et d'expression des équipes, quand ça va pas par rapport à une prise en charge.		« Et là, j'ai pas pu le faire. »	Difficulté	Dimension management	Exercice de la profession
<i>e12</i> : Mais quand vous dites que vous n'avez pas pu le faire, c'est à cause de quoi ?		« Donc souvent ça se fait, enfin c'est moi qui vais souvent aux transmissions... » « ... pour pouvoir euh [...] développer ce temps de libre parole et d'expression des équipes quand ça va pas par rapport à une prise en charge. » « <i>e12</i> : Mais quand vous dites que vous n'avez pas pu le faire, c'est à cause de quoi ? <i>E12</i> : La volonté de l'établissement... »	Démarche d'action  Echange de vécu	Dimension management Rapport au savoir	Exercice de la profession
<i>E12</i> : La volonté de l'établissement qui, qui n'est pas dans cette démarche là. Et bien sur de ma cadre supérieure qui ne me suit pas... Ca c'est... pour moi c'est euh... c'est vraiment aller CONTRE, contre les valeurs de mon management. Et ça c'est une source d'insatisfaction au travail, voir même des fois de... Que je comble en recevant les patie.. euh les membres de l'équipe dans mon bureau. Et j'ai beaucoup, comment dire, un rôle social, d'écoute des membres de l'équipe.		« ... qui, qui n'est pas dans cette démarche là. » « Et bien sur de ma cadre supérieure qui ne me suit pas... Ca c'est... pour moi c'est euh... c'est vraiment aller CONTRE... » « ... contre les valeurs de mon management. »	Absence soutien hiérarchique Représentation  Absence soutien hiérarchique	Rapport à la hiérarchie Rapport à la hiérarchie Rapport à la hiérarchie	Rapport aux collègues Rapport aux collègues Rapport aux collègues
<i>e13</i> : Et alors les relations avec cette équipe, quelles sont-elles ?		« Et ça c'est une source d'insatisfaction au travail, voir même des fois de... » « Que je comble en recevant les patie.. euh les membres de l'équipe... » « ... dans mon bureau. »	Facteur d'influence souffrance Souffrance  Facteur d'influence équilibre Lieu communication	Etat psychologique Etat psychologique Etat psychologique Environnement travail	
<i>E13</i> : Les relations sont... sont... comment dire... très... (silence) Très empathique de la part de l'équipe d'aides-soignantes. C'est-à-dire que quand ils me voient en difficultés, ils comprennent cette difficultés, et ils ont une certaine autonomie par rapport à trouver des solutions. Plus de difficultés avec l'équipe infirmière qui est inféodée à l'identité médicale, et qui ne perçoit pas, qui n'a pas une bonne image du cadre par rapport aux personnes qui m'ont précédé. Donc quand je les écoute, elles sont un peu surprises, et parfois prennent cette écoute comme de la faiblesse. En fait, elles attendent plus d'autorité de la part d'un cadre.		« Et j'ai beaucoup comment dire, un rôle social, d'écoute des membres de l'équipe. » « Les relations sont... sont... comment dire... très... (silence) Très empathique de la part de l'équipe d'aides-soignantes. » « C'est-à-dire que quand ils me voient en difficultés, ils comprennent cette difficulté, et ils ont une certaine autonomie par rapport à trouver des solutions. » « Plus de difficultés avec l'équipe infirmière... »	Modalités relationnelles Modalités relationnelles  Modalités relationnelles  Difficulté communication	Rapport équipe de soins Rapport équipe de soins  Rapport équipe de soins  Rapport équipe de soins	Rapport aux collègues Rapport aux collègues  Rapport aux collègues  Rapport aux collègues

<p>Alors que moi, je suis pas du tout là-dedans.</p> <p><i>e14</i> : Ce ressenti vous l'avez avec toutes ?</p> <p><i>E14</i> : Pas toutes, pas toutes mais euh, une infirmière en particulier qui, qui justement n'a pas pu avoir un poste de cadre et faire l'Ecole. Et qui est dans cette configuration de... jusqu'à aller de se faire passer par téléphone pour le cadre de l'unité.</p> <p><i>e15</i> : C'est-à-dire ?</p> <p><i>E15</i> : Bah c'est-à-dire qu'elle téléphone euh, quand elle veut une place si par exemple je suis en vacances, et qu'elle cherche une place pour une hospitalisation, elle ne fait pas appel à ma collègue mais elle téléphone et dit qu'elle est le cadre de l'unité. Bon au téléphone... Donc c'est là que j'ai perçu que c'était par rapport à la fonction et pas forcément par rapport à moi. Et peut-être que... Donc elle, elle a pris ce rôle de, comment dire, de leader, oui de leader dans l'équipe. Et elle traite directement avec mon cadre supérieur qu'elle connaît depuis très longtemps. Donc ça aussi c'est, c'est lourd.</p> <p><i>e16</i> : Vous agissez comment alors ?</p> <p><i>E16</i> : Bah je pense que... je lui ai d'abord, en accord avec le cadre sup', confié un poste de coordination parce qu'elle a une autorité. Mais euh... je suis toujours en train de la responsabiliser par rapport à ce poste. Et lui évoquer clairement, je lui ai dit un jour bah non, là, faut pas se faire passer pour le cadre de</p>	<p>« ... qui est inféodée à l'identité médicale... »</p> <p>« ... et qui ne perçoit pas, qui n'a pas une bonne image du cadre par rapport aux personnes qui m'ont précédé. »</p> <p>« Donc quand je les écoute... »</p> <p>« ... elles sont un peu surprises, et parfois prennent cette écoute comme de la faiblesse. »</p> <p>« En fait, elles attendent plus d'autorité de la part d'un cadre. »</p> <p>« Alors que moi, je suis pas du tout là-dedans. »</p> <p>« <i>e14</i> : Ce ressenti vous l'avez avec toutes ?</p> <p><i>E14</i> : Pas toutes, pas toutes mais euh... »</p> <p>« ... une infirmière en particulier qui, qui justement n'a pas pu avoir un poste de cadre et faire l'Ecole. Et qui est dans cette configuration jusqu'à aller de se faire passer par téléphone pour le cadre de l'unité. [...] c'est-à-dire qu'elle [...] ne fait pas appel à ma collègue mais elle téléphone et dit qu'elle est le cadre de l'unité. »</p> <p>« Donc c'est là que j'ai perçu que c'était par rapport à la fonction et pas forcément par rapport à moi. »</p> <p>« Donc elle, elle a pris ce rôle de, comment dire, de leader, oui de leader dans l'équipe. »</p> <p>« Et elle traite directement avec mon cadre supérieur qu'elle connaît depuis très longtemps. »</p> <p>« Donc ça aussi c'est, c'est lourd. »</p> <p>« ...je lui ai d'abord, [...] confié un poste de coordination parce qu'elle a une autorité. »</p>	<p>Représentation</p> <p>Représentation</p> <p>Modalités communication</p> <p>Représentation</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Modalités relationnelles</p> <p>Difficulté</p> <p>Représentation</p> <p>Difficulté</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Souffrance</p> <p>Démarche d'action</p>	<p>Rapport équipe de soins</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Dimension management</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	---	--	--	---

l'unité. C'est moi le cadre de l'unité. Donc bah, elle a entendu hein. Mais euh... elle, comment dire, elle a... Elle essaie toujours de trouver un autre moyen de prendre cette place... (silence). »		<p>« ...en accord avec le cadre sup'... »</p> <p>« Mais euh... je suis toujours en train de la responsabiliser par rapport à ce poste. »</p> <p>« Et lui évoquer clairement, je lui ai dit un jour bah non, là, faut pas se faire passer pour le cadre de l'unité. C'est moi le cadre de l'unité. Donc bah, elle a entendu hein. »</p> <p>« Mais euh... elle, comment dire, elle a... Elle essaie toujours de trouver un autre moyen de prendre cette place... (silence). »</p>	<p>Soutien hiérarchique</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Démarche d'action</p> <p>Difficulté</p>	<p>Rapport à la hiérarchie</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p> <p>Dimension management</p>	<p>Rapport aux collègues</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
<p><b>[L170-223]</b> « e17 : D'accord. Et d'un point de vue plus spécifique à la formation, comment pensez-vous avoir aujourd'hui l'occasion de vous former quotidiennement dans votre métier ? Et aussi éventuellement, quels seraient vos besoins en termes de formation aujourd'hui ?</p> <p><i>E17 :</i> Alors moi ce qui m'avait beaucoup aidé, c'était la formation que j'avais fait... mais j'étais déjà infirmière à l'époque, et que j'avais fait dans un autre établissement. Ca s'appelait la gestion du stress. Et je crois que c'est là que j'ai voulu être cadre. Euh parce qu'on m'avait appris aussi ce qu'était la psycho-dynamique du travail. Et d'arriver à lâcher prise sur certaines choses. Et justement de sélectionner le plus important au regard de la qualité des soins. Et ça, ça m'a beaucoup aidé. Euh... aujourd'hui, en termes de formation, ce qui m'aiderait euh, c'est peut-être une gestion du stress adaptée au cadre de santé mais avec euh... (silence) avec une orientation beaucoup plus ancrée dans les... enfin les conditions actuelles économiques de la santé. Enfin moi c'est ce que je perçois.</p>	4	<p>« Alors moi ce qui m'avait beaucoup aidé [...] Ca s'appelait la gestion du stress. »</p> <p>« ... c'était la formation que j'avais fait... mais j'étais déjà infirmière à l'époque, et que j'avais fait dans un autre établissement. »</p> <p>« Et je crois que c'est là... »</p> <p>« ... que j'ai voulu être cadre. »</p> <p>« Euh parce qu'on m'avait appris aussi ce qu'était la psycho-dynamique du travail. Et justement de sélectionner le plus important au regard de la qualité des soins. »</p> <p>« Et ça, ça m'a beaucoup aidé. »</p> <p>« Euh... aujourd'hui [...] ce qui m'aiderait euh en termes de formation c'est peut-être une gestion du stress adaptée au cadre de santé mais avec euh... (silence) avec une orientation beaucoup plus ancrée dans [...] les conditions actuelles économiques de la santé. »</p> <p>« Et puis aussi euh... le fait, ce que j'évoquais en premier lieu. Enfin on a plus d'espaces de parole avec les cadres... »</p>	<p>Apport formation continue</p> <p>Formation continue</p> <p>Facteur d'influence motivation</p> <p>Motivation</p> <p>Apport formation continue</p> <p>Représentation formation continue</p> <p>Besoin</p> <p>Evolution conditions travail</p>	<p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p>

<p><i>e18</i> : D'accord. Mais vous m'av...</p> <p><i>E18</i> : Et puis au...</p> <p><i>e19</i> : Oui, allez-y.</p> <p><i>E19</i> : Et puis aussi euh... le fait, ce que j'évoquais en premier lieu... Enfin on a plus d'espaces de parole avec les cadres, qui étaient, maintenant avec le recul, qui étaient des espaces de réflexivité. Parce qu'on discutait pas de couture ou de décoration. On parlait plutôt des situations de travail qui nous questionnaient. Et comment les unes ou les autres avaient résolues, ou nous aidaient. Et on était plus dans le partage de, euh... de ces éléments de management. Et ça, ça manque vraiment. C'est-à-dire cette part de, d'analyse de situations avec ses pairs. Alors, est-ce à l'intérieur d'un pôle, quand le cadre supérieur.. ; à mon avis, quand il est dans cette dynamique, ça le fait parce que je l'ai vécu. Mais quand le cadre supérieur ne l'est pas, et bien c'est l'omerta. On ne parle pas de situations gênantes, on les vit. Point barre. Et puis euh... peut-être proposer une formation justement où, même si on est de services différents, l'intérêt. Et c'est ce que je trouvais avant les pôles, c'était qu'on parlait même dans des secteurs différents, on avait les mêmes problématiques. Et ça, peut-être une formation avec euh, ces analyses de situations, cette mise à distance, de la réflexivité.</p> <p><i>e20</i> : Très bien. Mais alors aujourd'hui, n'ayant pas à disposition ces formations de proposer</p>	<p>« ...qui étaient, maintenant avec le recul qui étaient des espaces de réflexivité. »  « Parce qu'on discutait pas de couture ou de décoration. On parlait plutôt des situations de travail... »  « ... qui nous questionnaient. »</p> <p>« Et comment les unes ou les autres avaient résolues ou nous aidaient. »  « Et on était plus dans le partage de, euh... de ces éléments de management. »  « Et ça, ça manque vraiment. »</p> <p>« C'est-à-dire cette part de, d'analyse de situations avec ses pairs. »  « Alors, est-ce à l'intérieur d'un pôle, quand le cadre supérieur, à mon avis quand il est dans cette dynamique, ça le fait parce que je l'ai vécu. »  « Mais quand le cadre supérieur ne l'est pas, et bien c'est l'omerta. On ne parle pas de situations gênantes, on les vit. Point barre. »  « Et puis euh... peut-être proposer une formation justement où si on est de services différents, l'intérêt. »  « ... avant les pôles... »</p> <p>« Et c'est ce que je trouvais [...] c'était qu'on parlait même dans des secteurs différents... »  « ...on avait les mêmes problématiques. »</p> <p>« Et ça, peut-être une formation avec euh... ces analyses de situations, cette mise à distance, de la réflexivité. »</p>	<p>Pratique réflexive</p> <p>Place accordée à l'expérience</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Besoin</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p> <p>Besoin</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Dimension collective</p> <p>Besoin</p>	<p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p>	<p></p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
---	--	---	---	--

<p>dans le service au sein duquel vous travaillez, comment faites-vous ? Comment vous procédez ? Comment vous parvenez à affronter les responsabilités qui vous reviennent tous les jours ?</p> <p><i>E20 :</i> Alors moi ce qui m'a aidé, c'est que quand j'ai fait l'école des cadres, on avait fait un bilan sur notre management. Et moi je m'en rappelle, j'étais dans le maximalisme. C'est-à-dire que je voulais à la fois la qualité des soins, à la fois le bien-être de l'équipe au travail, et à la fois bah de m'éclater dans ce que je faisais. Et euh... ça c'est pas toujours euh.. Aujourd'hui j'suis pas du tout dans la possibilité de réaliser, à mon avis ce... Comment dire... ces valeurs de management. Et bah des fois j'en souffre. C'est-à-dire qu'il y a une alerte. C'est quand je me coince le dos, je sais que là, je vais trop souffrir. Donc j'essaie de mettre de la distance. Je m'arrête pas parce que j'ai vraiment cette responsabilité de manager l'équipe. Je vois même que je me maltraite des fois, d'aller travailler avec le dos coincé. Et puis euh, j'me demande, je me questionne de savoir si je suis encore efficace moi-même quand je souffre quoi. Par rapport à l'équipe, par rapport aux soins. Et puis bah j'ai personne à qui en parler. Et ça c'est lourd. Si ! J'en parle avec des collègues ou des collègues qui ont fait l'école des cadres avec moi, qui partagent et qui vivent ces choses-là dans les structures aussi. Qui sont cadres de santé, qui ont les mêmes difficultés. Et ça me je dis... Quand je dis prendre de la distance, c'est-à-dire que je me positionne pas comme en cause dans ces situations. C'est-à-</p>	<p>« Alors moi ce qui m'a aidé [...] on avait fait un bilan sur notre management. Et moi je m'en rappelle... »</p> <p>« ... c'est que quand j'ai fait l'école des cadres... »</p> <p>« ... j'étais dans le maximalisme. C'est-à-dire que je voulais à la fois la qualité des soins, à la fois le bien-être de l'équipe au travail, et à la fois bah de m'éclater dans ce que je faisais. »</p> <p>« Aujourd'hui j'suis pas du tout dans la possibilité de réaliser, à mon avis [...] ces valeurs de management. »</p> <p>« Et bah des fois j'en souffre. C'est-à-dire qu'il y a une alerte. C'est quand je me coince le dos, je sais que là, je vais trop souffrir. »</p> <p>« Donc j'essaie de mettre de la distance. »</p> <p>« Je m'arrête pas... »</p> <p>« ... parce que j'ai vraiment cette responsabilité de manager l'équipe. »</p> <p>« Je vois même que je me maltraite des fois, d'aller travailler avec le dos coincé. »</p> <p>« Et puis euh, j'me demande, je me questionne de savoir si je suis encore efficace moi-même quand je souffre quoi. Par rapport à l'équipe, par rapport aux soins. »</p> <p>« Et puis bah j'ai personne à qui en parler. »</p> <p>« Et ça c'est lourd. »</p> <p>« Si ! J'en parle avec des collègues ou des collègues qui ont fait l'école des cadres avec moi, qui partagent et qui vivent ces choses-là dans les structures aussi. Qui sont cadres de santé, qui ont les mêmes difficultés. »</p>	<p>Apport formation continue</p> <p>Formation continue</p> <p>Valeur</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence Equilibre Démarche d'action</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Pratique réflexive</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Souffrance</p> <p>Echange de vécu</p>	<p>Parcours de formation</p> <p>Parcours de formation Environnement travail</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique Dimension management Profession cadre santé</p> <p>Etat psychologique Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique Rapport au savoir</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>
--	--	--	---	---

<p>dire que je fais ce que je peux, avec les moyens que j'ai, en préservant la, ma mission, ma responsabilité de qualité des soins. Mais j'avoue que je suis plutôt dans la sécurité des soins que dans la qualité réelle. Euh, et puis bah des fois je souffre de ne pas être convenante avec ce comment j'envisage le travail. Et j'envisage de partir dans une autre fonction, dans un autre exercice de ma fonction qui est la formation. Parce que bah je, je veux pas non plus y laisser ma santé... (silence). »</p>		<p>« Quand je dis prendre de la distance, c'est-à-dire que je me positionne pas comme en cause dans ces situations. C'est-à-dire que je fais ce que je peux, avec les moyens que j'ai... »</p> <p>« .. en préservant la ma mission, ma responsabilité de qualité des soins. »</p> <p>« Euh, et puis bah des fois je souffre... »</p> <p>« .. de ne pas être convenante avec ce comment j'envisage le travail. »</p> <p>« Et j'envisage de partir dans une autre fonction, dans un autre exercice de ma fonction qui est la formation. »</p> <p>« Parce que je veux pas non plus y laisser ma santé... (silence). »</p>	<p>Démarche d'action</p> <p>Motivation</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Motivation</p> <p>Facteur d'influence motivation</p>	<p>Dimension management</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p>	<p>Exercice de la profession</p>
<p><b>[L225-278]</b> « <i>e21</i> : Et bien écoutez, à ce moment-là j'allais vous demander quelle est votre expérience des risques psychosociaux. De même, vous avez commencé à me l'évoquer [<i>sourire</i>]. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose suite à cette question ?</p> <p><i>E21</i> : Oui parce que ce que je voulais dire aussi c'est que, euh... Je me dis que moi, quand je suis pas bien, je me dis que l'équipe aussi est pas bien. Et ça amplifie un petit peu mon mal-être. Parce que je me dis... Bon c'est pas courant hein. Mais quand ça arrive, j'me dis que mon rôle qui est d'accompagner l'équipe, je l'assume pas quoi. Et ça c'est, c'est pas sympa. J'aime bien accompagner les gens dans leurs projets. C'est un si beau métier, le métier des soins, de prendre soins. Donc je crois que ce qui m'aiderait vraiment, c'est de parfois partager avec les autres. Ca arrange les choses parce qu'une collègue va dire, bah tu sais moi j'ai une</p>	5	<p>« Je me dis que moi quand je suis pas bien [...] l'équipe aussi est pas bien. Et ça amplifie un petit peu mon mal-être. »</p> <p>« Bon c'est pas courant hein. Mais quand ça arrive... »</p> <p>« Parce que je me dis [...] que mon rôle qui est d'accompagner l'équipe, je l'assume pas quoi. Et ça c'est, c'est pas sympa. »</p> <p>« J'aime bien accompagner les gens dans leurs projets. »</p> <p>« C'est un si beau métier, le métier des soins, de prendre soins. »</p> <p>« Donc je crois que ce qui m'aiderait vraiment c'est de parfois partager avec les autres. »</p> <p>« Ca arrange les choses parce qu'une collègue va dire, bah tu sais moi j'ai une aide-soignante qui a travaillé dans ton pôle. Et bien je pourrais, si elle est d'accord, lui demander qu'elle fasse un remplacement. »</p> <p>« Bah ça, ça nous aiderait à tenir un petit peu. »</p>	<p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Besoin</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p>	<p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p>



<p>aide-soignante qui a travaillé dans ton pôle. Et bien je pourrais, si elle est d'accord, lui demander qu'elle fasse un remplacement. Bah ça, ça nous aiderait à tenir un petit peu. Parce qu'il y a des services où il y a moins d'activité et où les équipes euh... <i>[se racle la gorge]</i>. Comment dire. Elles ont plus de temps et euh... Et c'était nous les, les... Comment dire... les cadres, qui impulsions ce sens de l'intérêt commun. Oui, voilà. C'était ça. J'ai vécu des moments, dans l'autre établissement où j'étais, pour la canicule. Bon bah j'ai l'équipe avec qui je travaillais qui est venue m'aider. On a pris en charge tous les patients et puis on a été aidé les urgences. Donc y'avait euh, pas pour des soins très faciles parce qu'il s'agissait de soins de toilettes mortelles tellement les patients arrivés décédés aux urgences. Mais c'était dans l'esprit de soulager les collègues. Et j'ai trouvé ça... Personne n'a rien dit ce jour-là. Tout le monde s'est donné la main comme on dit, enfin un coup de main. Et c'était pour le bien. Et ça a mis une synergie qui malheureusement euh... (silence). C'est pas très palpable maintenant. En fin de compte, voilà, je vois plus de... Et puis en plus, il faut rajouter que ce qui me fait tors c'est la suppression des directeurs de soins. Maintenant c'est des coordinateurs mais qui sont dans un positionnement plus de, de, de manager mais euh... qui, qui... Comment dire. Ils n'ont pas cette identité de défendre les soignants. Parce qu'ils peuvent plus.</p> <p>e22 : Et donc cela, ça vous porte moraleme...</p> <p>E22 : Bah, ça me porte pas moralement mais je</p>	<p>« Parce qu'il y a des services où il y a moins d'activité et où les équipes euh... <i>[se racle la gorge]</i>. Comment dire. Elles ont plus de temps et euh... »</p> <p>« Et c'était nous [...] les cadres qui impulsions ce sens de l'intérêt commun. »</p> <p>« ...dans l'autre établissement où j'étais, pour la canicule... Bon bah j'ai l'équipe avec qui je travaillais qui est venue m'aider. »</p> <p>« On a pris en charge tous les patients et puis on a été aidé les urgences. Donc y'avait euh, pas pour des soins très faciles parce qu'il s'agissait de soins de toilettes mortelles tellement les patients arrivés décédés aux urgences. »</p> <p>« Mais c'était dans l'esprit de soulager les collègues. »</p> <p>« Et j'ai trouvé ça... »</p> <p>« Personne n'a rien dit ce jour-là. Tout le monde s'est donné la main comme on dit, enfin un coup de main. »</p> <p>« Et c'était pour le bien. »</p> <p>« Et ça a mis une synergie qui malheureusement euh... (silence). C'est pas très palpable maintenant. »</p> <p>« Et puis en plus, il faut rajouter que ce qui me fait tors c'est la suppression des directeurs de soins. Maintenant c'est des coordinateurs mais qui sont dans un positionnement plus de manager mais euh [...] Ils n'ont pas cette identité de défendre les soignants. Parce qu'ils peuvent plus. »</p>	<p>Conditions de travail</p> <p>Représentation</p> <p>Soutien équipe de soins</p> <p>Dimension collective</p> <p>Modalités relationnelles Représentation</p> <p>Dimension collective</p> <p>Motivation</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé Rapport équipe de soins</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux collègues Rapport aux collègues Environnement travail</p> <p>Etat psychologique Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession Rapport aux collègues</p>
---	--	--	---	--



<p>me dis qu'on est plus un corps professionnel euh... Je me pose des questions sur l'évolution de notre profession. Est-ce que, puisqu'on a plus de représentation hiérarchique... Alors quand je dis hiérarchique, c'était, enfin je parlais des directeurs de soins, qui sont maintenant rattachés et sous les ordres du directeur des ressources humaines. Alors qu'avant ils avaient une identité dans les organigrammes. Je parle des soins hein. C'est-à-dire que la direction des soins était reconnue comme une réelle direction, comme la direction juridique. Et le fait qu'on ait dissout cette direction dans la direction des ressources humaines, j'me dis bon bah y'a une identité, ou une partie de l'identité qui part quoi. Parce qu'il reste encore une direction des affaires médicales, mais plus de direction des soins. La direction des soins avait des PROJETS de soins, PORTAIT des PROJETS de soins. Maintenant il n'y a plus de projets de soins. Y'a des PROJETS médicaux parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire reconnaît l'activité des médecins. Mais cela sous-entend qu'il n'y a plus de projets de soins. Il y a des projets médicaux, certes. Mais qu'est-ce que c'est les projets médicaux sans les projets de soins ? Alors, y'a des projets de soins à l'échelle des pôles. Mais pour avoir participé au dernier projet de soins, moi je pense qu'il pourrait y avoir un projet de soins communs euh, au niveau d'un établissement. Il donnerait les grandes stratégies. Mais là les grandes stratégies, elles sont données par... par la gouvernance, par les médecins et par la personnalité des médecins. Mais moi je trouve que notre identité des soins et notre cœur de</p>	<p>« Bah, ça me porte pas moralement mais je me dis qu'on est plus un corps professionnel euh... »  « Je me pose des questions sur l'évolution de notre profession. Est-ce que, puisqu'on a plus de représentation hiérarchique... »  « Alors quand je dis hiérarchique, c'était, enfin je parlais des directeurs de soins, qui sont maintenant rattachés et sous les ordres du directeur des ressources humaines. »  « Alors qu'avant ils avaient une identité dans les organigrammes. Je parle des soins hein. »  « C'est-à-dire que la direction des soins était reconnue comme une réelle direction, comme la direction juridique. »  « Et le fait qu'on ait dissout cette direction dans la direction des ressources humaines... »  « ... j'me dis bon bah y'a une identité, ou une partie de l'identité qui part quoi. »  « Parce qu'il reste encore une direction des affaires médicales, mais plus de direction des soins. La direction des soins avait des PROJETS de soins, PORTAIT des PROJETS de soins. »  « Maintenant il n'y a plus de projets de soins. Y'a des PROJETS médicaux parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire reconnaît l'activité des médecins. Mais cela sous-entend qu'il n'y a plus de projets de soins... »  « Alors, y'a des projets de soins à l'échelle des pôles. »  « Mais pour avoir participé au dernier projet de soins, moi je pense qu'il pourrait y avoir un projet de soins communs euh, au niveau d'un établissement. Il donnerait les grandes stratégies. »</p>	Représentation	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Pratique réflexive	Rapport au savoir	
		Evolution organisation travail	Environnement travail	
		Représentation	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Organisation du travail	Environnement travail	
		Facteur d'influence organisation travail	Environnement travail	
		Représentation	Profession cadre santé	Exercice de la profession
		Organisation du travail	Environnement travail	
		Evolution organisation travail	Environnement travail	
		Evolution organisation travail	Environnement travail	

<p>métier, il perd un peu son, son identité... (silence). Donc ça aussi c'est... Quand on attaque l'identité de soignants, c'est douloureux. Ca participe non pas à un malaise, mais à un manque de... Je parle pas de reconnaissance mais de respect du travail. Ca veut dire quoi ? Ca veut dire que bah, ce qu'on fait euh pfff [<i>lève les yeux au ciel</i>]. Moi j'ai connu les mouvements de 1983, où justement les médecins évoquaient que c'était les seuls qui généraient les fonds pour faire tourner les hôpitaux. Mais quand on a fait la grève et qu'on faisait plus du tout les soins, sauf les soins d'urgences. Euh, même les aides-soignantes nous avaient suivi. Ca a fait mal. Ca a fait très mal. C'est-à-dire que bah... ils pouvaient pas quoi. Et dans le secteur privé où j'étais, ça a entraîné des interventions bénignes qui ont été reportées. Ou des examens qui ont été reportés. Là, ça avait une incidence financière, donc ils l'ont encore plus mal vécu... (silence). »</p>		<p>« Mais là les grandes stratégies, elles sont données par... par la gouvernance, par les médecins... »</p> <p>« ... et par la personnalité des médecins. »</p> <p>« Mais moi je trouve que notre identité des soins et notre cœur de métier, il perd un peu son, son identité... (silence). »</p> <p>« Donc ça aussi c'est... Quand on attaque l'identité de soignants, c'est douloureux. »</p> <p>« Ca participe, non pas à un malaise mais à un manque de... Je parle pas de reconnaissance mais de respect du travail. »</p> <p>« Ca veut dire quoi ? Ca veut dire que bah, ce qu'on fait euh... pfff [<i>lève les yeux au ciel</i>]. »</p> <p>« Moi j'ai connu les mouvements de 1983, où justement les médecins évoquaient que c'était les seuls qui généraient les fonds pour faire tourner les hôpitaux. »</p> <p>« Mais quand on a fait la grève et qu'on faisait plus du tout les soins, sauf les soins d'urgences. »</p> <p>« Euh, même les aides-soignantes nous avaient suivi. »</p> <p>« Ca a fait mal. Ca a fait très mal. C'est-à-dire que bah... ils pouvaient pas quoi. Et dans le secteur privé où j'étais, ça a entraîné des interventions bénignes qui ont été reportées. Ou des examens qui ont été reportés. Là, ça avait une incidence financière... »</p> <p>« ... donc ils l'ont encore plus mal vécu... (silence). »</p>	<p>Evolution organisation travail</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance</p> <p>Représentation</p> <p>Difficulté communication</p> <p>Facteur d'influence organisation travail</p> <p>Soutien équipe de soins</p> <p>Organisation du travail</p> <p>Représentation</p>	<p>Environnement travail</p> <p>Environnement travail</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Etat psychologique</p> <p>Profession cadre santé</p> <p>Rapport aux médecins</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport équipe de soins</p> <p>Environnement travail</p> <p>Rapport aux médecins</p>	<p>Exercice de la profession</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p> <p>Rapport aux collègues</p>
<p>[L280-303] « e23 : Je vois. Et bien je vais finir par ma dernière grande question. Euh... comment vous définiriez-vous aujourd'hui ? Qui êtes-vous ? Qu'elle est votre état d'esprit ?</p>	6	<p>« Et bien moi je me dis que j'ai appris un nouveau métier... »</p> <p>« ... qui était celui de manager une équipe paramédicale. »</p>	<p>Représentation</p> <p>Fonction/mission professionnelle</p>	<p>Parcours professionnel</p> <p>Profession cadre santé</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p>

<p>Que me répondez-vous ?</p> <p><i>E23</i> : (silence). Et bien moi je me dis que j'ai appris un nouveau métier qui était celui de manager une équipe paramédicale. Mais j'ai gardé mes valeurs soignantes. Et puis j'ai eu l'extrême chance d'avoir une qualité d'exercice dans un établissement où, justement, je me suis sentie respectée dans mes valeurs professionnelles. Des valeurs que j'avais retrouvé pendant la formation à l'Institut des Cadres de Santé. De respect, d'humanité. Et je me dis que manager une équipe c'est extraordinaire, parce que justement, vous voyez arriver des nouveaux arrivants, vous les voyez évoluer dans leurs pratiques. Vous pouvez aussi compter sur des infirmières plus expertes. Et ça, c'est vraiment le bon côté mais euh... ce qui me... ce qui me... ce qui me chagrine c'est justement ces temps d'expression professionnelle qui sont perdus. La nouvelle loi DPC va peut-être remettre ça en force dans les temps de formation. Mais QUID sur le terrain quoi ? Moi je l'ai vu en formation initiale, les infirmières le voient en formation initiale. Mais comment on l'organise sur le terrain. C'est pas une priorité parce que la priorité c'est le, l'occupation, le taux d'occupation des lits. C'est la production des soins comme ils disent. Est-ce qu'on produit des soins ? Moi je pense pas. Je pense qu'on prend soin d'une personne, dans sa globalité. Pour donner encore plus de valeurs aux prescriptions médicales, aux compétences médicales. Je pense que c'est un tout. C'est aussi une évolution peut-être sociétale, qui veut pas la solidarité pour tous. Et puis euh... ce qui</p>	<p>« Mais j'ai gardé mes valeurs soignantes. »</p> <p>« Et puis j'ai eu l'extrême chance d'avoir une qualité d'exercice dans un établissement où, justement, je me suis sentie respectée dans mes valeurs professionnelles. »</p> <p>« Des valeurs [...] De respect, d'humanité... »</p> <p>« ...que j'avais retrouvé pendant la formation à l'Institut des Cadres de Santé. »</p> <p>« Et je me dis que manager une équipe, c'est extraordinaire parce que justement, vous voyez arriver des nouveaux arrivants... »</p> <p>« ... vous les voyez évoluer dans leurs pratiques. »</p> <p>« Vous pouvez aussi compter sur des infirmières plus expertes. Et ça, c'est vraiment le bon côté ... »</p> <p>« mais euh... [...] ce qui me chagrine... »</p> <p>« ... c'est justement ces temps d'expression professionnelle qui sont perdus. »</p> <p>« La nouvelle loi DPC va peut-être remettre ça en force dans les temps de formation. »</p> <p>« Mais QUID sur le terrain quoi ? »</p> <p>« Moi je l'ai vu en formation initiale, les infirmières le voient en formation initiale. »</p> <p>« Mais comment on l'organise sur le terrain »</p> <p>« C'est pas une priorité parce que la priorité c'est l'occupation, le taux d'occupation des lits. C'est la production des soins comme ils disent. »</p>	<p>Valeur</p> <p>Facteur d'influence Equilibre</p> <p>Valeur</p> <p>Apport formation continue Représentation</p> <p>Place accordée à l'expérience Place accordée à l'expérience</p> <p>Souffrance</p> <p>Facteur d'influence souffrance Représentation formation Place accordée à l'expérience Apport formation initiale Place accordée à l'expérience Représentation</p>	<p>Environnement travail Etat psychologique</p> <p>Environnement travail Parcours de formation Profession cadre santé</p> <p>Rapport au savoir Rapport au savoir</p> <p>Etat psychologique Etat psychologique Rapport au savoir Rapport au savoir Parcours de formation Rapport au savoir Environnement travail</p>	<p>Parcours de vie</p> <p>Exercice de la profession</p> <p>Parcours de vie</p>
--	--	---	---	--

<p>est super c'est qu'il y a vraiment des pôles d'excellences où, et bah on sauve des gens. De leur redonner de la santé, de la qualité de vie. Donc je pense que des espaces de paroles, et de réinstaller l'expression professionnelle au sein des unités et des établissements. Ca, ça serait bien. Je pense que ça permettrait d'avoir moins de souffrance et de moins se sentir seule comme on est. Et de moins souffrir. Et de renvoyer cette souffrance sur euh, sur nous. Et d'être encore plus accompagnante pour les équipes. Et plus facilitante pour le fonctionnement des unités. »</p>	<p>« Est-ce qu'on produit des soins ? Moi je pense pas. Je pense qu'on prend soin d'une personne, dans sa globalité. Pour donner encore plus de valeurs aux prescriptions médicales, aux compétences médicales. Je pense que c'est un tout. »</p> <p>« C'est aussi une évolution peut-être sociétale, qui veut pas la solidarité pour tous. »</p> <p>« Et puis euh... ce qui est super c'est qu'il y a vraiment des pôles d'excellences où, et bah on sauve des gens. De leur redonner de la santé, de la qualité de vie. »</p> <p>« Donc je pense que des espaces de paroles, et de réinstaller l'expression professionnelle au sein des unités et des établissements. »</p> <p>« Ca, ça serait bien. »</p> <p>« Je pense que ça permettrait d'avoir moins de souffrance et de moins se sentir seule comme on est. Et de moins souffrir. Et de renvoyer cette souffrance sur euh, sur nous. »</p> <p>« Et d'être encore plus accompagnante pour les équipes. Et plus facilitante pour le fonctionnement des unités. »</p>	<p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence organisation travail Motivation</p> <p>Echange de vécu</p> <p>Représentation</p> <p>Facteur d'influence équilibre</p> <p>Facteur d'influence conditions travail</p>	<p>Profession cadre santé</p> <p>Environnement travail Etat psychologique</p> <p>Rapport au savoir</p> <p>Rapport au savoir Etat psychologique</p> <p>Environnement travail</p>	<p>Exercice de la profession</p>
--	--	--	---	----------------------------------

Tableau d'analyse croisée par entrée thématique / Entretien n°1 - n°2 - n°3 / Mme. B\* - Mme. D\* - Mme. E\*

	Identité personnelle	Parcours de vie	Exercice de la profession	Environnement de travail
<b>Mme. B*</b>	<p><u>Age</u></p> <p><b>B2I21</b> : « J'ai trente quatre ans ».</p> <p><u>Personnalité</u></p> <p><b>B14I153</b> : « Je suis quelqu'un de très ouvert... »</p> <p><b>B18I202</b> : « Alors moi je suis quelqu'un de très positif. »</p> <p><b>B19I209</b> : « Donc je vais pas beaucoup pleurer sur mon sort. »</p> <p><b>B24I257</b> : « ...je suis quelqu'un d'assez naïve. »</p> <p><b>B38I442</b> : « ...et de ce fait, je rebondis assez vite. »</p>	<p><u>Parcours professionnel</u></p> <p>Evolution professionnelle</p> <p><b>B2I21</b> : « ...ma première profession c'est infirmière. »</p> <p><b>B2I22</b> : « Et ensuite, à l'issu, j'ai travaillé dans divers services. »</p> <p><b>B2I27</b> : « ...j'ai intégré un poste de faisant-fonction cadre de santé en décembre 2010. »</p> <p><b>B3I37</b> : « ...pendant cette expérience de nuit, j'ai préparé le concours à l'Ecole des cadres. »</p> <p><b>B9I85</b> : « Même pour aller plus loin, je suis née ici, j'ai grandi ici, je suis allé à l'Ecole d'infirmière ici, j'ai tout de suite travaillé au CH de *. J'ai aussi fait l'Ecole des cadres à * et aujourd'hui je travail encore à *. »</p> <p><u>Secteur d'exercice</u></p> <p><b>B2I23</b> : « ...j'ai fait beaucoup d'oncologie [...] J'ai travaillé en pédiatrie. [...] j'ai aussi travaillé dans des bloc s opératoires [...] J'ai travaillé ensuite toujours en pédiatrie mais dans les soins intensifs. »</p> <p><b>B10I98</b> : « Ma vie a fait que je suis toujours restée dans la fonction publique. »</p>	<p><u>Profession Cadre de Santé</u></p> <p>Ancienneté</p> <p><b>B15I164</b> : « ...moi c'est vrai que je ne travaille pas depuis longtemps dans le service... »</p> <p><b>B28I312</b> : « Maintenant ça fait six, sept mois que je suis en poste... »</p> <p><b>B34I393</b> : « ...manager une équipe, un service où je n'ai pas d'expérience, où je n'ai pas travaillé. »</p> <p><b>B42I484</b> : « ...je suis une jeune cadre. »</p> <p><u>Fonction/mission professionnelle</u></p> <p><b>B2I23</b> : « ...l'accompagnement du patient à la fin de vie. »</p> <p><b>B2I29</b> : « On gère... »</p> <p><b>B14I135</b> : « Après au niveau de l'équipe que j'encadre actuellement... »</p> <p><b>B14I154</b> : « Que s'il y a des décisions que je prends... »</p> <p><b>B42I502</b> : « ...c'est le cadre de santé, c'est lui qu'on va voir pour lui dire que ce que propose la direction, ça va pas du tout... Bon c'est sûr, c'est à nous de le faire remonter. »</p> <p><b>B42I506</b> : « Y'a des décisions qui sont prise. Nous, on est pas forcément d'accord avec toutes [...] Mais notre travail c'est de les faire accepter, enfin en tout cas c'est de les faire appliquer. »</p> <p><u>Représentation</u></p> <p><b>B42I489</b> : « Faut se rendre compte qu'on a quand même dans les mains la vie de personnes humaines... On a pas en main des bocaux de sauce tomate ou</p>	<p><u>Conditions de travail</u></p> <p><b>B2I24</b> : « ...j'ai travaillé de nuit... »</p> <p><b>B2I29</b> : « ...j'avais la gestion de sept services [...], j'avais l'ensemble de la Tours de l'Hôpital, donc ce qui représente une vingtaine de services. »</p> <p><b>B2I31</b> : « Et cela en plus des urgences qu'on avait la nuit. Avec tous les aléas qui peuvent intervenir euh... Que ce soit les fugues, les violences, les problèmes de matériel, d'absentéisme de professionnels... »</p> <p><b>B14I135</b> : « ...nous sommes en plein milieu d'un projet de restructuration. »</p> <p><b>B14I143</b> : « ...parce que c'est une grosse équipe. »</p> <p><b>B20I213</b> : « Moi je travaille soit du matin, soit du soir. »</p> <p><b>B20I213</b> : « ...c'est des conditions de travail pour un cadre qui sont pas.. qui sont assez exceptionnelles finalement. »</p> <p><b>B20I214</b> : « Donc soit j'arrive à six heure et demi du matin, ou soit je repars à vingt-et-une heure le soir. [...] ça fait parti d'un cloisonnement qui pourrait exister. »</p> <p><b>B20I219</b> : « Deuxièmement, c'est un service qui est isolé... »</p> <p><b>B42I485</b> : « ...on travaille en étai. »</p> <p><b>B42I500</b> : « Donc nous on est vraiment entre la direction [...] et l'équipe. »</p>

### Représentation

**B10I91** : « Donc je suis quelque part très cloisonnée ici. »

**B10I97** : « ...c'est sur qu'avoir eu une expérience dans le privé, ça aurait été certainement aussi bénéfique [...] pour développer certaines compétences, pour voir aussi autre chose. »

### **Parcours de formation**

#### Formation initiale

**B2I22** : « ...j'ai fait des études d'infirmières de 1997 à 2000. »

#### Représentation formation initiale

**B4I49** : « En tout cas c'est déjà la cas puisque maintenant, depuis 2009, les études d'infirmière sont aussi universitaire. Mais les cadres de santé avec qui j'ai fait mon année d'étude, on avait notre diplôme avant 2009, Donc on connaît pas du tout l'Université. »

#### Formation continue

**B3I37** : « ...j'ai intégré l'Institut de Formation des cadres de santé en 2012. »

**B3I39** : « ...avec en parallèle une première année de Master en Sciences de l'Education et de la Formation à l'Université de \*. »

**B3I40** : « Et en parallèle une formation de première année de Master de

d'haricots verts. Et que si on fait tomber un bocal de tomates, bah c'est pas très grave hein. On en refera un autre. Le patient, c'est pas pareil. »

### Besoin exprimé

**B23I244** : « Et je l'utilise [le vouvoiement] volontairement parce que pour moi, c'est plus facile de me positionner vis-à-vis de quelqu'un si je le vouvoie plus que si je le tutoie. »

**B23I245** : « Donc aussi un cadre à de temps en temps besoin de se positionner. Régulièrement même. »

### **Dimension de management**

#### Représentation

**B28I309** : « ...j'ai adopté un management directif. Ce qui ne m'a pas semblé mauvais en soi. C'est-à-dire que l'équipe l'a bien pris et j'ai senti un apaisement finalement. »

**B32I365** : « ...pour moi, si j'adoptai un management participatif, bah on ferait peut-être un comité de retour d'expériences ou des choses comme ça. »

**B32I370** : « Et puis de toute façon, ils se déchiraient entre eux donc y'avait pas vraiment d'intérêt à ce moment-là [de mettre en place un management participatif]. »

**B42I508** : « Après, moi je veux [que les décisions prises] soient acceptées et COMPRISES par les équipes. Parce que pour moi, c'est comme ça qu'on peut faire passer les choses quoi. »

#### Démarche d'action

**B15I165** : « ...donc j'essaie d'observer. »

**B28I309** : « Donc j'ai adopté un management plus directif. »

### Facteur d'influence conditions de travail

**B11I107** : « ...elles sont très différentes suivant le poste qu'on occupe au sien de l'établissement. »

**B11I108** : « ...et suivant les valeurs qu'on a, les croyances qu'on a. »

**B14I159** : « ...la communication a un rôle PRIMORDIAL [...] dans l'amélioration des conditions de travail. »

**B23I252** : « Donc du coup je suis obligé de me mélanger avec les autres. Donc c'est très bien sinon je mangerai toute seule. »

**B28I327** : « Yen a quand même qui sont venus me voir et qui ont pu me parler [...] ce qui me permet aussi d'améliorer la qualité dans le service... »

#### Evolution conditions de travail

**B17I180** : « ...c'est vraiment une restructuration qui a été faite pour l'instant au niveau des locaux. »

**B17I185** : « Donc il y a eu une grande pièce qui a été faite [...] pour pouvoir faire attendre ces patients dignement. »

**B17I186** : « Y'a aussi une pièce qui a été faite pour l'infirmière d'accueil et d'orientation... »

**B17I188** : « Et l'accueil... enfin la structure pour accueillir les ambulanciers a aussi été améliorée... »

**B17I191** : « Et une deuxième phase de travaux va permettre d'augmenter la capacité d'accueil des patients... »

**B17I196** : « En parallèle, y'a aussi une restructuration au niveau des effectifs... »



*gestion et management en santé. »*

#### Apport formation continue

**B4I48** : « « J' pense que ça nous a permis de décroisonner un p'tit peu le monde de la santé avec l'Université. »

**B4I51** : « ...ça nous a permis de pouvoir avoir une autre approche. Notamment sur la recherche [...] On allait peut-être plus loin dans certains concepts. »

**B5I57** : « ...ça m'a apporté quelque chose ce côté universitaire, notamment l'approche pédagogique qui [...] va au-delà de la pédagogie auprès d'étudiants, [...] en soins infirmiers. [...] c'était de la pédagogie bien plus vaste. Qui peut être utilisée envers les professionnelles de santé dans le service... »

**B37I424** : « ...avant la sensibilisation aux risques psychosociaux à l'école des cadres... »

#### Représentation formation continue

**B3I41** : « Cette année-là a été très intéressante car c'est la première année où il y a eu une collaboration entre l'IFCS [...] et l'Université de \*. Et donc y'a eu un p'tit peu de travail qui a été fait par les formateurs en collaboration avec ceux de l'Université. Et avec nous aussi donc moi j'ai trouvé ça assez intéressant. »

**B8I75** : « Moi ce qui m'a le plus marqué c'est l'autonomie qu'ont donnait à l'étudiant. »

**B8I77** : « Et aussi sur quel plan

**B28I313** : « Donc j'ai recommencé un petit peu... Mais vraiment petit à petit [...] j'ai pas lâché un management participatif comme ça. »

**B28I315** : « C'est-à-dire que par exemple, là j'ai voulu sortir le planning du mois de mars. Les vacances, ça ne passait pas dans les effectifs. Donc je leur ai donné plusieurs choix possibles »

**B31I350** : « Alors quand je fonctionne en management directif, c'est-à-dire que j'identifie un dysfonctionnement [...] Et que JE prends la décision de la suite à donner à ce dysfonctionnement, sans forcément faire participer l'équipe. »

**B32I360** : « ...je cherche à savoir quels ont été les dysfonctionnements exacts, comment les personnes ont vécu ce dysfonctionnement. [...] Et ensuite j'essaie de consigner un peu tous ce que j'ai vu... »

**B32I364** : « ...et j'essaie de trouver une solution qui soit la meilleure pour le patient et pour l'équipe. »

**B35I406** : « On peut en parler aussi avec l'équipe médicale. »

**B37I427** : « ...et puis là, comme je vous expliquais, je fais intervenir les psychologues dans le service... »

#### Difficulté

**B14I137** : « Le changement et l'accompagnement du changement et des équipes c'est quelque chose qui n'est pas facile. »

**B17I199** : « C'est là que c'est pas facile de diminuer un effectif sur un secteur [...]. Donc c'est sur ce point-là que le travail va être le plus compliqué auprès de l'équipe. »

**B28I307** : « A chaque fois que j'ai voulu les faire participer à une décision, ça se déchirait et j'avais l'impression de déchirer l'équipe plus que... de les accompagner. »

#### Organisation du travail

**B14I142** : « Dans le service où je travaille, on est deux cadres de santé... »

**B14I146** : « Parce que nous à l'Hôpital de \*\*, on a des couleurs qui indiquent si on est aide-soignant, infirmier, cadre ou médecin. »

**B23I251** : « Alors moi je suis la seule cadre du pôle sur \*\*, les autres sont sur \*\*. »

#### Valeur

**B10I93** : « Je crois énormément en certaines valeurs justement du service public qui sont notamment l'accès aux soins pour tous. »

#### Représentation

**B14I160** : « En tout cas je parle beaucoup de risques psychosociaux mais les conditions de travail, c'est quand même plus large. »

**B23I249** : « ...mais j'ai envie de dire, je pense qu'il est nécessaire [...] que l'Hôpital soit organisé en pôles d'activités. »

**B42I475** : « D'essayer aussi de voir qu'il y a des choses qui dysfonctionnent, qui ne vont pas, qu'il faut améliorer. On a des fois l'impression que c'est pas possible et que ça se fera jamais. »

**B42I485** : « On a un travail qui est quand même pas toujours facile... »

#### Dimension collective

**B14I143** : « ... on a pris la décision toutes les deux.. »



	<p><i>l'étudiant était placé. Il n'est plus là pour recevoir de l'information et du savoir, mais il participe activement à sa formation et au développement de ses compétences. »</i></p>	<p><u>Modalités de communication</u></p> <p><b>B14I153</b> : « ...qui laisse la porte ouverte à tout le monde. »</p> <p><b>B14I153</b> : « Je leur redis très régulièrement. Qu'ils peuvent venir me parler. »</p> <p><b>B14I155</b> : « ...y'a des choses que je suis prête aussi à négocier. »</p> <p><b>B14I156</b> : « Mais que je sais aussi donner mes arguments quand j'ai pris une décision et que je leur explique aussi qu'il ne faut pas rester sur des non-dits. »</p> <p><b>B23I243</b> : « Donc moi la première je crée un cloisonnement parce que j'utilise le vouvoiement dans mon équipe. »</p> <p><b>B32I361</b> : « Alors je vais leur parler, je les reçois en individuel... »</p> <p><b>B32I363</b> : « Tout en expliquant bien que c'est pour permettre que l'erreur ne se reproduise plus. »</p> <p><b>B42I504</b> : « Mais tout en devant aussi leur expliquer à aux quels sont les tenants et les aboutissants des décisions qui sont prises. »</p>	<p><b>B14I149</b> : Et puis collectivement... »</p> <p><b>B21I231</b> : « ...c'est vraiment un moment où on peut rencontrer d'autres collègues. »</p> <p><u>Temps de communication</u></p> <p><b>B20I222</b> : « Moi c'est vrai que si j'allai pas le midi manger [...] j'aurai pas vraiment de contact avec mes pairs. »</p> <p><b>B21I231</b> : « Et puis évidemment, moi le repas du midi c'est ENORME »</p> <p><u>Lieu de communication</u></p> <p><b>B32I361</b> : « ... je les reçois dans mon bureau. »</p> <p><b>B36I414</b> : « Ca peut être autour d'une table dans la salle de soins. Ca peut être au détour d'un couloir... »</p> <p><b>B36I417</b> : « Je fais jamais ça en réunion. »</p>
Ressources extérieures	Rapport aux collègues	Etat psychologique	Rapport au savoir
<p><u>Acteur ressources</u></p> <p><b>B12I115</b> : « Après l'institution, ce qu'elle peut faire... »</p> <p><b>B14I143</b> : « ...de contacter les psychologues de l'Hôpital. »</p> <p><b>B14I128</b> : « le CHSCT est [...] une instance qui est très active. On la voit, on la côtoie.»</p>	<p><u>Difficulté communication</u></p> <p><b>B21I233</b> : « Parce qu'il y a quand même pas mal de cloisonnement entre les différents services. Entre les professionnels, oui, il y a un cloisonnement qui existe. »</p> <p><b>B23I249</b> : « ...et c'est vrai que [sourire] c'est assez flagrant de voir les différentes personnes, le pôle cœur il mange là, le pôle reconstruction mange là... »</p>	<p><u>Motivation</u></p> <p><b>B2I25</b> : « Et donc au cours de cette expérience, cette dernière expérience d'infirmière, j'ai développé un projet de cadre de santé. »</p> <p><b>B10I92</b> : «J'ai fait le choix de travailler dans le service public. Parce que je crois énormément en certaines valeurs... »</p> <p><b>B10I94</b> : « Le fait aussi de pouvoir évoluer dans sa fonction, de pouvoir changer de service. »</p> <p><b>B14I150</b> : « Donc j'ai vraiment l'espoir que ça permette aux professionnels de pouvoir améliorer leurs conditions de travail, en tout cas au niveau des facteurs de risques psychosociaux. »</p>	<p><u>Représentation</u></p> <p><b>B14I155</b> : « Parce que de toute façon, je peux faire des erreurs [...] l'erreur est humaine. »</p> <p><b>B14I157</b> : « ... et que d'écouter les arguments qu'a la personne, ça peut aussi aider à comprendre une décision, et à l'accepter. »</p> <p><u>Echange de vécu</u></p> <p><b>B20I217</b> : « Quand on a besoin d'un conseil... »</p>

### Fonction acteur ressource

**B14I128** : « Et chaque projet [...] aussi important soit-il, passe par le CHSCT. Et la dessus, ils viennent aussi sur le terrain pour voir ce qu'il s'y passe. »

### Modalités ressources

**B14I144** : « ... dans même pas un mois maintenant puisque mi-février elles [les psychologues de l'Hôpital] vont faire leur première intervention... puis tous les mois... »

**B14I145** : « Tout le monde sera donc autour d'une table, habillé en civile, avec aucune étiquette de couleur... »

**B14I149** : « ...on décidera d'une thématique pour ce jour-là, et de la thématique pour la fois d'après. »

### Démarche d'action communication

**B21I228** : « Donc moi je fais en sorte d'avoir ce contact, je sais en sorte pendant mon temps de travail de monter dans les étages. »

**B21I229** : « Des fois au lieu de passer un coup de téléphone, et bien je vais voir ma collègue au lieu de lui téléphoner. Ca me permet de prendre contact. »

### Rapport à la hiérarchie

#### Représentation

**B23I242** : « ...le cadre représente la hiérarchie, et le cadre supérieur aussi, et le directeur encore plus. »

**B25I273** : « Après peut-être que j'ai la chance d'être dans un service où le cadre supérieur et le directeur sont des gens [...] qui sont des gens accessibles. »

#### Modalités relationnelles

**B25I269** : « Après c'est sur que je vais avoir plus de contacts avec le cadre supérieur qu'avec le directeur de pôle. »

**B25I270** : « Enfin encore avec le directeur de pôle si, je le vois très souvent... »

**B25I273** : « Des fois, ils sont pas d'accord avec mes arguments. Ils donnent les leurs et après euh... Y'a pas de conflits, ça c'est sur. »

**B15I170** : « Mais de toute façon, je crois qu'il y a toujours des choses qu'on peut améliorer. »

**B28I301** : « ...vraiment, moi j'avais lu [...]. Je m'étais vraiment intéressée à ça [le management participatif] [...] Je m'étais dit que vraiment, c'est ça que je veux faire... »

**B28I313** : « ...je lâche pas mon envie de faire du management participatif. »

**B41I461** : « Alors mon état d'esprit euh... aujourd'hui... c'est celui de quelqu'un qui a envie d'avancer. Qui se rend bien compte que bah des fois, y'a des choses qui vont pas et que. Et que j'ai envie quand c'est comme ça d'améliorer les choses. »

**B42I507** : « Après moi je veux qu'elles [les décisions prises par l'équipe de direction] soient aussi acceptées et COMPRISES par les équipes. »

#### Souffrance

**B14I138** : « L'équipe ne vit pas très bien le changement... »

**B38I436** : « Alors si, j'en ai eu [des difficultés psychologiques]... »

**B38I438** : « Evidemment, je peux pas dire que j'ai pas remporté à la maison un p'tit peu de douleur, un p'tit peu de rancœur, un p'tit peu de ... »

**B38I440** : « J'peux pas dire que j'ai jamais eu voilà, que j'ai jamais été touché par les risques psychosociaux, ce ne serait pas vrai. »

#### Facteur d'influence souffrance

**B14I131** : « ...si le professionnel n'est pas bien par rapport à ses croyances au regard du service public... »

**B14I131** : « ...s'il n'est pas bien dans sa fonction... »

**B14I132** : « Parce que peut-être aujourd'hui c'est un aide soignant, et puis aide-soignant c'est plus du tout la fonction qu'il a envie d'occuper... »

**B25I268** : « On échange entre collègues. »

**B25I270** : « ... avec le directeur de pôle [...] y'a un échange... »

**B28I327** : « Y'en a quand même plusieurs qui sont venus me voir et qui ont pu me parler, soit de choses des sois plus personnelles pour que je comprenne un peu leur situation, soit de choses très professionnelles. »

**B32I361** : « Alors je vais leur parler [...] pour savoir pourquoi et comment ça s'est passé... »

**B34I381** : « Donc en lui posant des questions, en échangeant avec elle... »

**B34I384** : « ...mon cadre supérieur [...] à qui je pose des questions, avec qui j'évoque certaines décisions... »

**B35I398** : « J'échange avec eux hein [équipe de soins] »

#### Place accordée à l'expérience

**B28I301** : « Les concepts c'est une chose... »

**B34I380** : « J'ai de la chance de travailler en binôme avec un autre cadre qui elle, a de l'expérience dans ce service-là en particulier. »

**B34I380** : « Donc je me forme ENORMEMENT par l'EXPERIENCE de ma collègue. »

**B34I390** : « Y'a des cas, des situations qui sont évoquées avec des analyses de situations qui peuvent être très intéressantes... »

**B34I392** : « ...mes équipes qui eux, ont l'expérience du service. »

### Soutien hiérarchique

**B2I27** : « ...ce projet a été accompagné par le cadre de service et aussi par la direction des soins. »

**B12I116** : « Je pense que l'institution où je travaille fait des efforts et en tout cas fait plus d'efforts que ça ne l'a été dans le passé, pour cette mobilité, pour cette amélioration des conditions de travail. »

**B15I165** : « ...c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses de faite pour la prévention du mal de dos... »

**B25I271** : « C'est vraiment des gens qui vont pas essayer d'écraser leur hiérarchie ou quoi que ce soit. Enfin vraiment, je le ressens comme ça... des gens qui me permettent de m'exprimer, de me mettre à l'aise. »

**B42I500** : « ... la direction qui vient expliquer aux équipes hein, qui vient elle-même, qui relâche pas toute sa responsabilité sur nous hein. »

### Facilité de communication

**B25I269** : « Avec la hiérarchie, ça se passe aussi très bien. »

### Rapport aux médecins

### Représentation

**B25I267** : « ...l'équipe médicale, je ne considère pas que se sont mes supérieurs hiérarchiques. »

**B14I138** : « ...puisqu'il y a inadéquation entre ce que souhaite l'équipe, ce que souhaite l'équipe médicale, et ce que souhaite l'institution. »

**B14I139** : « Et j'ai même envie de dire au-delà de l'institution, y'a des lois à appliquer, et des directives. »

**B38I436** : « ...parce que quand on accompagne des patients en fin de vie qui peuvent être jeunes [...]évidemment, y'a des situations qui étaient très difficiles à vivre. On accompagnait des enfants jusqu'au décès. »

**B38I442** : « Et y'a autre chose aussi, c'est le [...] le transfert qu'on peut faire entre soi-même, entre ses enfants [...] Et le patient. [...] je sais que c'est quelque chose qui existe énormément dans notre profession. »

**BB42I486** : « ...des professionnels qui nous font passer des messages qui parfois peuvent être durs. »

### Absence d'influence souffrance

**B14I134** : « ...je ne suis pas sur que l'institution puisse faire beaucoup. »

### Equilibre

**B37I424** : « Mon expérience avec les risques psychosociaux [...] J'aurais pas que c'était du néant [sourire] mais c'était pas loin. »

**BB39I449** : « Moi j'ai pas eu ça [le transfert] ». »

### Facteur d'influence équilibre

**B10I99** : « Et les valeurs que j'ai sont vraiment en adéquations avec le service public. »

**B14I158** : « ...j'suis intimement persuadée et fortement persuadée que la communication a un rôle PRIMORDIAL dans l'accompagnement des équipes. »

**B34I393** : « ...on peut se demander quelle légitimité j'ai à manager une équipe, un service où je n'ai pas d'expériences, où je n'ai pas travaillé... »

### Modalités de formation

**B34I380** : « Donc je me forme ENORMEMENT avec l'EXPERIENCE de ma collègue. Donc en lui posant des questions, en échangeant avec elle et puis en travaillant toutes les deux ensemble des mêmes projets. »

**B34I382** : « J'me forme aussi grâce à mon cadre supérieur aussi... »

**B34I385** : « J'me forme évidemment avec tous les autres collègues cadres que je côtoie. »

**B34I386** : « Ca peut être complètement informel sur certains sujets. »

**B34I386** : « J'me forme bah avec la formation continue également hein. »

**B34I387** : « J'me forme également en essayant de garder une espèce de veille sanitaire... au niveau de l'ARS. »

**B34I389** : « ... de pouvoir euh, également gardé un petit peu de lecture. J'suis abonnée également à une revue de cadre que me permet de pouvoir lire un petit peu tous les mois des nouveautés. »

**B34I392** : « Et puis je me forme auprès de mes équipes [...] Donc je me forme aussi auprès d'eux. »

**B36I414** : « C'est totalement informel. C'est vraiment fait de façon totalement informelle. »

**B25I276** : « Et les médecins du service également hein...qui sont des gens accessibles. »

**B25I278** : « ...ya certains médecins, je pense qu'ils sont encore un petit peu resté sur ça. J'suis arrivée nouvelle, et on m'a cataloguée comme cadre... »

#### Modalités relationnelles

**B25I268** : « Après y'a des hauts et des bas mais bon. »

#### Difficulté de communication

**B25I277** : « Après je dis les médecins, y'a certains médecins où ça se passe pas très bien. »

**B25I278** : « Y'a eu de vieilles histoires entre les cadres et les médecins... (silence) qui ont cassé la relation qu'il y avait entre ces deux statuts. »

**B26I286** : « Je leur dis bonjour même s'ils ne me répondent pas. »

#### Facilité de communication

**B25I268** : « ...ça se passe très bien. »

**B25I268** : « En général ça se passe plutôt bien. »

#### Démarche d'action communication

**B26I286** : « J'y travaille, j'y travaille. Je leur dis bonjour tous les jours. »

**B37I427** : « En tout cas peut-être que je me rendais pas compte qu'on était dans la prévention des risques psychosociaux. »

**B37I429** : « Quand je travaillais en onco... [...] on avait une équipe mobile qui intervenait dans le service [...] Donc ça c'est certain que ça a joué dans la prévention des risques psychosociaux. »

**B37I431** : « Et l'ambiance qu'il y avait dans l'équipe, en tout cas une très bonne ambiance. »

#### Déséquilibre

**B8I77** : « Moi je vivais la formation avant comme une dispensation de savoirs. Et ça [la formation à l'IFCS], ça a bousculé mes croyances. »

#### Représentation

**B41I464** : « Que y'a deux catégories de personnes. Y'a les gens qui sont naïvement positifs [...] Et les gens qui sont toujours négatifs et que c'est toujours le mauvais côté. »

#### Lucidité

**B42I479** : « Faut pouvoir voir les deux côtés des choses. Faut pas rester complètement naïf non plus, et voir toujours le bon côté des choses. »

#### Déception

**B23I253** : « Non mais c'est quelque chose de dommage moi je trouve [ce cloisonnement] ».

#### Epanouissement

**B10I100** : « Je m'y sens bien. »

**B25I273** : « ...qui vraiment me permet de me sentir à l'aise. »

**B42I482** : « J'suis contente de venir au travail le matin. Quand je suis en vacances, je suis contente de revenir travailler. »

#### Pratique réflexive

**B35I407** : « Pour moi, il est important que les professionnels puissent m'expliquer comment ils fonctionnent... »

		<p><b>Rapport à l'équipe de soins</b></p> <p><u>Difficulté de communication</u></p> <p><b>B29I335</b> : « Après y'a des personnes en particulier, on sent qu'ils sont dans l'agressivité, dans la revendication et cætera. »</p> <p><u>Facilité de communication</u></p> <p><b>B29I334</b> : « Avec l'équipe en général, elle [la relation] est plutôt...bonne. »</p> <p><b>B30I344</b> : « Mais ça passe mieux quand même avec les soignants. Y'a aucun soignant qui répond pas à mon bonjour. »</p> <p><u>Démarche de communication</u></p> <p><b>B29I340</b> : « J'travailles pour... [...] Comme avec l'équipe médicale. »</p>	<p><b>B43I513</b> : « Pour le moment oui [je suis une professionnelle épanouie]. »</p>	
Mme. D*	<b>Identité personnelle</b>	<b>Parcours de vie</b>	<b>Exercice de la profession</b>	<b>Environnement de travail</b>
	<p><u>Personnalité</u></p> <p><b>D31I312</b> : « Sachant qu'en général, je ne me laisse pas marcher sur les pieds. »</p> <p><b>D45I404</b> : « Mais la spontanéité bah euh... je ne l'ai plus autant. »</p> <p><b>D48I416</b> : « Bah je serai plus dans le positif. »</p>	<p><b>Parcours professionnel</b></p> <p><u>Evolution professionnelle</u></p> <p><b>D2I15</b> : « Je suis infirmière... »</p> <p><b>D2I15</b> : « Mon parcours professionnel c'est essentiellement déroulé sur le CHRU de *. »</p> <p><b>D15I17</b> : « Et surtout un fil rouge dans ma carrière qui est la prise en charge des patients en cancérologie. »</p> <p><b>D15I20</b> : « ...j'ai pu prétendre à un poste de faisant-fonction [...] sur ** pendant trois ans. »</p>	<p><b>Profession Cadre de Santé</b></p> <p><u>Ancienneté</u></p> <p><b>D13I154</b> : « Euh ... là moi c'est vrai que je suis en poste depuis 2008... »</p> <p><u>Fonction/mission professionnelle</u></p> <p><b>D6I57</b> : « ...je suis responsable du respect de ces droits pour chacun des professionnels que je gère. »</p> <p><b>D7I65</b> : « C'est-à-dire que le cadre, au quotidien, va gérer tout ce qui est présentéisme, absentéisme, ponctuellement. »</p> <p><b>D7I66</b> : « Après c'est s'assurer de la bonne prise en charge des patients et de la conduite des soins. »</p>	<p><u>Conditions de travail</u></p> <p><b>D6I53</b> : Les conditions de travail de l'encadrement au sein [...] de manière général au sein de l'institution, on a une certaine autonomie. »</p> <p><b>D10I98</b> : « Et bien moi j'ai envie de répondre que ça [les conditions de travail] dépend des périodes. Il peut en effet y avoir des périodes très stressantes. »</p> <p><b>D10I101</b> : « Donc là, la gestion, enfin les conditions de travail pour le cadre sont parfois [...] stressantes. »</p> <p><b>D10I11</b> : « C'est une situation que moi je pense assez stressante. »</p>



### Représentation

**D48I416** : « Je suis une PROFESSIONNELLE, qui a de la MOTIVATION, euh qui a des CONVICTIONS... qui aime son TRAVAIL... ».

**D15I22** : « En juillet 2008, j'ai eu l'opportunité d'occuper ce poste actuel... »

### Secteur d'exercice

**D2I16** : « Aussi bien dans les services de médecine neurologiques... »

**D2I17** : « ...un peu de chirurgie. »

**D2I18** : « J'ai été infirmière en consultation de radiothérapie et [...] en hospitalisation complète de radiothérapie. »

**D2I20** : « un poste de faisant-fonction [...] en pneumologie. Donc là aussi où on prend en charge des patients atteints de cancers. »

**D2I23** : « ...en hémato-thérapie cellulaire sous le pôle cancérologie-urologie. »

### Représentation

**D4I37** : « Bah en termes professionnels, c'est vrai qu'au départ de la formation initiale d'infirmière je ne pensais pas me diriger vers une fonction de cadre de santé... »

**D19I219** : « Parce que jusqu'à présent, l'évolution du cadre de santé euh... c'est pour devenir cadre supérieur. Mais ça c'est très limitant. »

**D19I228** : « Donc dans un sens, il me reste que la mobilité pour reproduire. »

**D7I67** : « Donc c'est respecter un effectif pour que ces conditions soient respectées, tant auprès des professionnels de santé... »

**D7I68** : « ...et assurer une sécurité et une continuité des soins auprès des patients. »

**D7I69** : « C'est aussi collaborer avec l'équipe médicale et plus généralement tous les professionnels qui prennent en charge les patients en unité stérile. »

**D9I79** : « ...m'assurer du bon fonctionnement de toute l'unité. Donc tout ce qui est gestion du parc informatique, gestion du parc matériel. »

**D9I85** : « Ensuite, on a quand même un rôle de réflexion sur des problématiques de service ou de fonctionnement, ou de dysfonctionnement on va dire... »

**D9I87** : « Toujours dans la perspective d'améliorer la prise en charge et la qualité de travail des professionnels. »

**D10I102** : « Parce que notre rôle quand même c'est d'assurer le service continu. »

**D10I103** : « Donc c'est d'avoir un effectif pour la prise en charge du patient, la sécurité du patient. Mais aussi penser à l'équipe et son bien-être au travail. Où au moins leurs fournir une qualité de travail on va dire, normal. »

### Représentation

**D4I38** : « ...une fonction de cadre de santé avec certaines responsabilités. »

**D7I65** : « Alors, un travail de proximité de cadre... »

**D10I106** : « Donc c'est vrai qu'il y a certaines situations telle que l'absentéisme... d'ailleurs je pense que tous les cadres parlent de ça... »

**D14I164** : « Oui, oui, oui. Je pense que c'est une grande partie de mon travail [cette proximité]. »

### Facteur d'influence conditions travail

**D6I54** : « Avec le respect d'une certaine législation. »

**D10I99** : « ...quand on a des situations d'absentéisme aigus on va dire par exemple. »

**D10I105** : « Alors que c'est vrai qu'en cas d'absentéisme fort, elles ne peuvent pas répondre à leurs missions [l'équipe de soins] de manière correcte si elles n'ont pas l'ensemble des moyens. »

**D10I107** : « C'est vrai qu'il y a certaines situations telles que l'absentéisme... »

### Organisation du travail

**D6I54** : « ...on a [...] une liberté de temps de travail. »

**D6I55** : « Après au sein du pôle on travaille en équipes de cadres, sous forme de binômes. »

**D6I58** : « ...il y a une organisation de mise en place au regard de ratios, au regard de la spécialité, et de la prise en charge des patients. »

**D9I88** : « Et supra-pôle bon, on a quand même une vie en institution. Avec la possibilité de participer à certaines commissions comme la commission en soins infirmiers... »

### Valeur

**D33I324** : « Qu'on devait travailler dans le respect les uns et les autres. »

		<p><b>Parcours de formation</b></p> <p><u>Formation initiale</u></p> <p><b>D2115</b> : « ...je suis infirmière, diplômée d'Etat depuis 1994. »</p> <p><u>Formation continu</u></p> <p><b>D2121</b> : « Et j'ai effectué ma formation de cadre de santé à l'IFCS de ** en 2007. Je suis donc sortie diplômée en 2008. »</p> <p><u>Représentation formation continue</u></p> <p><b>D181210</b> : « Il a des bases avec sa formation [à l'IFCS] mais c'est une formation de base. »</p>	<p><u>Besoin exprimé</u></p> <p><b>D141164</b> : « Et j'en ai besoin [de la proximité avec l'équipe de soins]. »</p> <p><b>Dimension de management</b></p> <p><u>Représentation</u></p> <p><b>D9182</b> : « Faut pas que je fasse tout non plus. »</p> <p><b>D9182</b> : « Je pense que l'autonomisation et la responsabilisation est importante pour un cadre et son équipe. »</p> <p><b>D131151</b> : « Je pense d'abord que [...] c'est bien [le management participatif] mais on peut pas tout le temps y être... »</p> <p><b>D131152</b> : « Des fois le directif s'impose... »</p> <p><b>D131152</b> : « Je pense aussi que le management [...] ça ne se fait pas du jour au lendemain, tant avec l'équipe paramédicale que médicale... »</p> <p><b>D131160</b> : « Donc pour moi c'est un management de proximité qui est très important. »</p> <p><b>D261282</b> : « Mais tout ce qui est euh... réflexion de management, des décisions à prendre dans certaines situations... Là, ça NOUS appartient à l'encadrement. »</p> <p><u>Démarche d'action</u></p> <p><b>D9181</b> : « C'est-à-dire que quand il y a des pannes, voilà, j'autonomie les équipes en leurs donnant des conseils et des consignes. »</p> <p><b>D111120</b> : « ...j'essaie à la limite de prendre leur téléphone et de répondre à leur place... »</p> <p><b>D111121</b> : « Pour les aides-soignantes, j'essaie de coordonner certains soins et de mutualiser. »</p> <p><b>D111130</b> : « J'essaie de trouver des solutions ponctuelles pour essayer de soulager. »</p>	<p><u>Représentation</u></p> <p><b>D101107</b> : « ...l'absentéisme [...] ça peut être quelque chose de récurrent. »</p> <p><b>D331325</b> : « Parce qu'on est dans cette situation [risques psychosociaux], clairement. »</p> <p><b>D371367</b> : « On travaille dans une institution avec des contraintes et des impossibilités. C'est compréhensible même si parfois c'est un peu capillo-tracté. Faut les accepter. »</p> <p><u>Dimension collective</u></p> <p><b>D101109</b> : « ...même si l'on est pas seul sur le terrain a y réfléchir [à l'absentéisme]. »</p> <p><b>D101110</b> : « ...et ainsi trouver des solutions collectives. »</p> <p><b>D111124</b> : « Voilà, essayer de mutualiser et de voir avec les collègues comment on peut gérer, faire passer, faire glisser certains actes vers d'autres professionnels. »</p> <p><u>Lieu de communication</u></p> <p><b>D281294</b> : « Dans la salle des soins... »</p>
--	--	--	---	--



**D11/I133** : « Bon si c'est un absentéisme sur la semaine, on arrive à jongler entre guillemets, et trouver des solutions en sollicitant les équipes hein [...] De déplacer ou des repos compensateurs ou euh... de voir comment on peut arriver avec le CICS. »

**D12/I141** : « Donc c'est essayer de trouver des petites solutions ponctuelles sur du court terme. A moyen terme, c'est de, de jongler sur le planning [...] Et puis si c'est à long terme, [...] c'est donc là de ce fait un recrutement pour remplacer carrément le professionnel. »

**D13/I155** : « Et avec l'équipe paramédicale [...] c'est de savoir reconnaître euh.. on va dire les caractères pour adapter le management. »

**D13/I157** : « .. enfin en ce qui me concerne c'est travailler aussi avec ces équipes en toute transparence et en toute honnêteté. En toute franchise. »

**D14/I168** : « ...c'est essayer d'être dans le donnant-donnant. »

**D26/I279** : « Mais les prises de décisions à la fin, ça me revient. »

#### Difficulté

**D13/I152** : « Des fois le directif s'impose est ça plait pas forcément à tous dans ces cas-là. »

#### Facteur d'influence management

**D14/I165** : « Mais je pense que le type de management est peut-être dû à la formation... »

**D14/I166** : « ...ensuite y'a la transparence et l'honnêteté. Ça m'aide aussi à faire changer les choses [...] ça les aide [équipe de soins] à comprendre les changements. »

**D14/I172** : « Ca c'est des petites astuces qui font... »

		<p><u>Modalités de communication</u></p> <p><b>D26I274</b> : « ...j'échange avec elles [équipe de soins]. Je les informe. »</p> <p><b>D26I275</b> : « Une réflexion avec elle. Voilà, on va avoir cinq patients... Que pensez-vous si dans le weekend on réduit l'effectif. Est-ce qu'on donne une journée... Voilà. Si on fait comme ça... »</p> <p><b>D26I279</b> : « Donc la question c'est comment on peut mettre en commun nos réflexions. »</p>	
Ressources extérieures	Rapport aux collègues	Etat psychologique	Rapport au savoir
<p><u>Acteur ressource</u></p> <p><b>D12I139</b> : « ...le CICS [...] c'est une équipe de remplacement pour le pôle, qui est gérée par le cadre supérieur, et qui intervient en cas d'absentéisme. »</p> <p><b>D33I321</b> : « La deuxième fois, je suis allé voir mon chef de service pour lui dire. »</p> <p><b>D33I322</b> : « J'en ai informé aussi mon cadre supérieur. »</p> <p><b>D33I325</b> : « ...et que j'irai directement voir la médecine du travail. »</p> <p><b>D34I333</b> : « Euh.. que mes supérieurs hiérarchiques... et aussi mes collaborateurs médicaux sont aussi là pour prendre</p>	<p><u>Représentation</u></p> <p><b>D34I336</b> : « Enfin, on a pas à agresser les professionnels et on ne doit pas s'agresser entre professionnels. On peut travailler ensemble en toute intelligence. Si y'a un problème, c'est pas de cette manière-là qu'on peut le régler. »</p> <p><u>Facilité communication</u></p> <p><b>D37I366</b> : « ... dans ce sens que j'arrive à formuler et à dire certaines choses quand ça va, mais aussi quand ça va pas [...] que ce soit avec mes collaborateurs directs ou avec mes supérieurs hiérarchiques. »</p> <p><b>Rapport à la hiérarchie</b></p> <p><u>Soutien hiérarchique</u></p> <p><b>D2I19</b> : « A ce moment-là j'ai développé mon projet de cadre de santé et j'ai été accompagné par l'institution. »</p>	<p><u>Motivation</u></p> <p><b>D2I19</b> : « ...j'ai développé mon projet de cadre de santé.. »</p> <p><b>D3I28</b> : « C'est un choix... Ce n'est pas par défaut. Je n'ai pas eu d'autres opportunités et c'est vrai que je n'ai pas cherché non plus autre chose. »</p> <p><b>D15I180</b> : « Et puis j'ai envie de développer une relation de confiance avec elles [équipe de soins], de les mettre en valeurs, de les motiver pour qu'elles puissent évoluer. »</p> <p><b>D19I221</b> : « Personnellement, moi si j'ai un projet de formation [...] c'est pour continuer d'une manière personnelle à m'enrichir. Mais aussi à enrichir mes compétences pour continuer à travailler sur le terrain dans une unité, avec une équipe... »</p> <p><b>D19I229</b> : « En termes de PROJET professionnel, j'ai envie aussi d'évoluer vers des masters... »</p> <p><b>D34I331</b> : « ...parce que de un, pour faire remonter les situations qui peuvent être récurrentes [en matière d'agression]. »</p> <p><b>D34I340</b> : « Et que les risques psychosociaux ils sont là et qu'il faut agir à un moment-donné. »</p> <p><b>D48I416</b> : « Je suis une professionnelle [...] qui aime son TRAVAIL et qui aime particulièrement travailler avec l'équipe en hématologie. »</p>	<p><u>Représentation formation</u></p> <p><b>D18I203</b> : « Parce que nous avons une formation continue institutionnelle qui est très riche. [...] pour les équipes paramédicales ou autres. Mais pour les managers je l'avoue, très pauvre. »</p> <p><u>Echange de vécu</u></p> <p><b>D23I252</b> : « ... et on se dit ah oui tiens, mais là à l'IFCS, on avait dit que dans cette situation on ferait ça. Et hop, on ressort un bouquin et... Ah bah moi j'ai mon cour. Alors on pourrait faire comme ça... »</p> <p><b>D26I273</b> : « Après c'est dans un projet ou en termes de friction de prise en charge où là, j'échange avec elles [l'équipe de soins]. »</p> <p><b>D36I351</b> : « Au fur et à mesure [...] Elles m'ont fait part [équipe de soins] des difficultés rencontrées avec cette personne. »</p>

position... »

#### Fonction acteur ressource

**D34I332** : « ...la médecine du travail, elle est là aussi pour faire remonter les choses. »

#### Modalités ressource

**D12I142** : « ...le planning qui est d'ailleurs un outil de management assez important et très cher à tout le monde... »

**D36I349** : « ...je l'ai su lors des entretiens [...] lors des entretiens individuels annuels. »

#### Contrainte

**D12I140** : « Encore faut-il qu'il y ait de la disponibilité [auprès de l'équipe de remplacement]. »

**D3I30** : « Et l'institution m'a apporté certaines opportunités que j'ai saisies. »

**D4I40** : « Donc c'est vrai que l'institution offre un parcours pour obtenir une place en IFCS. »

**D10I100** : « Avec des concours de circonstances où j'essaie, où l'on essaie avec mon cadre supérieur... »

**D10I109** : « ...on peut avoir de l'aide du cadre supérieur dans certaines réflexions... »

#### Absence soutien hiérarchique

**D19I217** : « Mais en termes de formation continue à mon goût, l'institution [...] n'offre pas assez de formations pour que l'on puisse s'enrichir [...] Même de façon strictement personnelle. »

**D19I228** : « Donc en termes de formation continue, là l'encadrement moi je trouve ça très limité. »

#### Démarche d'action communication

**D33I322** : « ...je suis allée voir mon chef de service pour lui dire. J'en ai informé aussi mon cadre supérieur.3 Pour leurs dires que c'était la dernière fois qu'il me parlais sur ce ton et de cette manière-là. »

**D36I353** : « Donc j'ai fait remonté aussi la situation au chef de service et au cadre supérieur... »

**D48I418** : « Qui aime aussi faire avancer des projets... »

**D48I418** : « ...et aider au quotidien les professionnels de soins. »

#### Facteur d'influence motivation

**D4I38** : « C'est au fur et à mesure de l'expérience et des rencontres avec d'autres cadres qu'une certaine motivation de manager une équipe est née. »

**D19I229** : « En termes de PROJET professionnel, j'ai envie aussi d'évoluer [...] pour continuer à faire profiter l'institution. Pourquoi pas, en échange et en retour. »

**D36I354** : « Et me voiler la face, je ne trouve pas ça honnête. »

#### Amotivation

**D19I220** : « Et on a pas forcément envie d'avoir cette, ce profil-là. Personnellement, moi si j'ai un projet de formation, c'est pas pour devenir cadre supérieur. »

#### Souffrance

**D36I357** : « C'est IGNORER une personne quand même. [...] C'est violent. »

#### Facteur d'influence souffrance

**D36I357** : « Ne pas parler à une infirmière, mais s'adresser à sa collègue qui est juste à côté... »

#### Equilibre

**D3I29** : « J'ai trouvé jusqu'à présent ce que je recherchais dans mon métier. »

**D3I32** : « Donc c'est vrai que pour l'instant, je m'y retrouve. »

#### Place accordée à l'expérience

**D18I208** : « ou utiliser des situations pour avoir à gérer, je sais pas moi, des situations de conflits... »

**D19I215** : « On est riche également de l'expérience de faisant-fonction... »

**D19I224** : « Mais c'est vrai que si j'avais à m'enrichir, pourquoi je n'irai pas dans un service de chirurgie pour continuer à développer mes compétences auprès d'une autre unité, et d'une autre équipe médicale. »

**D21I241** : « ...j'ai aussi... l'expérience que j'ai. »

**D21I241** : « ...mes collègues et leurs expériences. »

**D26I278** : « ...puisqu'elles [l'équipe de soins] ont l'expérience de l'organisation... »

**D37I363** : « Euh j'arrive maintenant avec une certaine expérience à un certain positionnement... »

**D46I408** : « C'est peut-être aussi la sagesse ?! »

#### Modalités de formation

**D21I241** : « ...j'ai l'expérience que j'ai. »

**D21I241** : « J'ai aussi les cours de base pour des rappels... »

**D21I242** : « ...mes collègues et leur expérience. »

**D23I251** : « C'est complètement informel. »

**D23I251** : « ...c'est ponctuel... »

**D23I251** : « C'est à un moment-donné où on se pose... »

### Rapport aux médecins

#### Représentation

**D15I185** : « Faut savoir aussi chacun de son côté mettre de l'eau dans son vin pour réussir à aller vers un même objectif. Tout ça pour la prise en charge du patient. »

**D33I323** : « Je veux dire qu'il n'avait pas à... »

**D34I331** : « ...je ne suis pas à l'abri d'une autre agression de cette personne-là. »

#### Modalités relationnelles

**D11I127** : « ...avec l'accord de l'équipe médicale. »

**D15I183** : « Et c'est vrai que là, à ce jour, moi je m'estime dans le confort avec [...] l'équipe médicale. »

**D27I288** : « J'me suis fait agressée... verbalement... à deux reprises... en tant que cadre [...] par un médecin... »

**D29I300** : « Une agression... verbale... et en bonne et due forme. Avec un médecin... »

**D29I301** : « Et c'était dirigé vers l'encadrement, très clairement... »

**D30I307** : « Donc il me tenait responsable de cette situation. »

#### Difficulté de communication

**D29I300** : « Avec un médecin qui tourne les talons après une colère. »

**D36I355** : « C'est une situation qui s'est passé déjà. Ignorer un professionnel et parler à sa collègue alors que

**D49I423** : « Bon épanouie, je dirai pas jusqu'à épanouie mais qui est bien dans ses baskets [...] je me sens à l'aise dans mon travail. [...] Je sais où je vais et je sais ce que je veux. »

#### Facteur d'influence équilibre

**D3I30** : « Et l'institution aussi m'a apporté certaines opportunités que j'ai saisies. »

**D37I366** : « En ce sens que quand j'arrive à dire les choses, ça me permet vraiment de me soulager d'un poids. »

**D37I369** : « Donc pour les accepter, faut verbaliser. En ce qui me concerne, c'est comme ça. »

**D37I369** : « Donc j'arrive à mettre les formes et à verbaliser les choses. »

#### Déséquilibre

**D30I305** : « ... je me suis sentie attaquée.. »

**D31I311** : « ...la première fois j'étais un peu décontenancée. J'ai rien compris. Je me suis dit bon, d'accord, très bien. »

**D32I316** : « Euh la deuxième fois, je n'ai pas répondu. J'ai regardé ses collègues bien dans les yeux parce que là aussi ça m'a étonné. »

#### Facteur d'influence déséquilibre

**D17I199** : « Alors là, euh... C'est un point très sensible [la formation]. »

#### Représentation

**D40I383** : « \*\* \*\* cadre de santé épanouie au boulot. »

#### Déception

**D36I357** : « Je trouve ça vraiment nul. »

### Pratique réflexive

**D9I86** : « ...mettre en place des groupes de réflexions sur une problématique, sur un projet. Donc tout ce qui est réflexion d'actions, d'axes d'amélioration et de mise en œuvre. »

**D19I215** : « On est riche également de l'expérience de faisant-fonction [...] qui peut nous faire réfléchir à postériori. »

**D24I258** : « C'est plus quand on a une situation qui nous questionne vraiment. Mais pas forcément une difficulté hein, [...] mais une situation pour laquelle on ne sait pas trop quelle réponse donner. »

**D26I282** : « ...pour nous faire réfléchir, nous faire cogiter. »

**D50I431** : « ...mis à part que ça fait bien de parler comme ça. Ça me permet de réfléchir un peu. »

#### Difficulté pratique réflexive

**D42I391** : « Ya longtemps que j'ai pas réfléchi sur moi ! [...] Je réfléchis pour les autres mais sur moi... »

**D47I412** : « Je suis... (silence) Oh je suis quoi... ».

*l'infirmière est à côté et prend en charge le patient... C'est IGNORER une personne quand même. »*

#### Facilité de communication

**D16I191** : « Moi je dirai que ça fonctionne. On arrive à travailler [...] en toute intelligence et de manière constructive. »

#### **Rapport à l'équipe de soins**

#### Représentation

**D15I182** : « Mais ça se construit à la longue. On peut pas s'appropriiser comme cela du jour au lendemain. »

#### Modalités relationnelles

**D11I117** : « Je les aide moralement aussi... »

**D13I154** : « ...et on a appris à se connaître aussi. »

**D13I158** : « De manière à ce que je puisse avoir une relation d'égal à égal. »

**D14I169** : « ...pour que tout le monde soit gagnant quoi. »

#### Facilité de communication

**D15I184** : « Parce qu'on se connaît assez bien, on connaît le fonctionnement des uns et des autres. Et on est pas dans les affrontements. »

#### Etonnement

**D39I379** : « [fait des yeux ronds].

**D41I387** : « Comment je pourrai me définir ?! »

Mme. E*	Identité personnelle	Parcours de vie	Exercice de la profession	Environnement de travail
	Age	Parcours professionnel	Profession Cadre de Santé	Conditions de travail
	<p><b>E2I16</b> : « Donc j'ai 52 ans. »</p>	<p><u>Evolution professionnelle</u></p> <p><b>E2I16</b> : « J'ai commencé [...] à l'âge de 18 ans. [...] 5 ans en tant qu'agent hospitalier dans les soins... »</p> <p><b>E2I18</b> : « ...j'ai eu mon diplôme après 8 ans dans la vie professionnelle. »</p> <p><b>E2I19</b> : « Et je suis actuellement cadre... »</p> <p><u>Secteur d'exercice</u></p> <p><b>E2I20</b> : « Et j'ai exercé 9 ans dans les services. »</p> <p><b>E3I24</b> : « Toujours dans la fonction publique. »</p> <p><b>E3I24</b> : « Sinon avant, j'ai travaillé dans le secteur privé. »</p> <p><b>E3I25</b> : « Donc dans la fonction publique exactement je le suis depuis 1997. »</p> <p><b>Parcours de formation</b></p> <p><u>Formation initiale</u></p> <p><b>E2I16</b> : « Euh 5 ans après mon baccalauréat... »</p> <p><u>Apport formation initiale</u></p> <p><b>E23I292</b> : « Moi je l'ai vu en formation initiale [les temps d'expression professionnelle]... »</p>	<p><u>Ancienneté</u></p> <p><b>E2I20</b> : « Et je suis actuellement cadre depuis 11 ans maintenant. »</p> <p><b>E2I19</b> : « Et à la suite de ça j'ai exercé pendant 12 ans en tant qu'infirmière. »</p> <p><u>Fonction/mission professionnelle</u></p> <p><b>E5I37</b> : « ...l'absentéisme occupe aujourd'hui une grande part de notre gestion courante. »</p> <p><b>E5I39</b> : « Sachant que nous, nous avons une mission de service public... »</p> <p><b>E9I81</b> : « Parce qu'en plus de l'absentéisme, y'a aussi une grosse gestion des lits, c'est-à-dire des places d'hospitalisation. »</p> <p><b>E10I105</b> : « ...puisque le cadre il est responsable de l'organisation paramédicale, dans son unité. »</p> <p><b>E20I212</b> : « ...parce que j'ai vraiment cette responsabilité de manager l'équipe. »</p> <p><u>Représentation</u></p> <p><b>E3I24</b> : « Le travail de cadre, enfin la fonction de cadre. »</p> <p><b>E10I98</b> : « ...parce que j'estime qu'on est certes des professionnels [...] mais qu'il y a un moment donné [...] on peut pas être corvéable à merci. »</p> <p><b>E21I233</b> : « C'est un si beau métier, le métier des soins, de prendre soin. »</p> <p><b>E21I238</b> : « Et c'était nous [...] les cadres, qui impulsions ce sens de l'intérêt commun. »</p> <p><b>E22I253</b> : « ...je me dis qu'on est plus un corps professionnel... »</p>	<p><b>E5I34</b> : « Bah c'est une époque difficile.. »</p> <p><b>E5I39</b> : « ... et que le flux des patients [...] est toujours très important, malgré ce qu'évoque un comptage euh mathématique de la direction. »</p> <p><b>E5I41</b> : « C'est-à-dire que dans une journée, parfois, nous avons euh... Le plus que j'ai vu, c'es trois patients dans une journée pour un service d'hospitalisation de courte durée. »</p> <p><b>E6I50</b> : « ...on communique à l'intérieur d'un pôle mais on communique plus à l'échelle d'un établissement. »</p> <p><b>E6I52</b> : « Et selon le climat qu'il y a dans le pôle, et bien soit la parole est libre, ou soit justement elle n'est pas possible... »</p> <p><b>E24I307</b> : « Moi en tant que cadre, c'est le téléphone pour tout et n'importe quoi toutes les cinq secondes [...] toutes les cinq minutes. A tel point de poser le téléphone pour aller aux toilettes et de me dépêcher pour me dire mais qui m'aura appelé. »</p> <p><b>E24I311</b> : « Et puis euh, si par exemple une direction vous appelle parce qu'ils ont besoins [...] d'un élément tout de suite, maintenant... et bah faut qu'on cesse toute affaire pour aller le renseigner. Ca c'est une source de stress aussi. »</p> <p><b>E27I315</b> : « Moi j'ai un DETC qui m'hurle dans les oreilles. Dont on ne sait pas l'incidence par rapport aux rayonnements, où dans la poche puisqu'on le garde en permanence [...] Et je parle pas du stress. »</p>



### Formation continue

**E2117** : Et puis 3 ans après avoir fait le concours d'infirmière... »

**E171174** : ...c'était la formation que j'avais fait...mais j'étais déjà infirmière à l'époque... »

**E201206** : « ...c'est que quand j'ai fait l'école des cadres... »

### Apport formation continue

**E171174** : « Alors moi ce qui m'avait beaucoup aidé [...] Ca s'appelait la gestion du stress. »

**E171176** : « Euh parce qu'on m'avait appris aussi ce qu'était la psychodynamique du travail. Et justement de sélectionner le plus important au regard de la qualité des soins. »

**E201206** : Alors moi ce qui m'a aidé [...] on avait fait un bilan sur notre management. »

### Représentation formation continue

**E171179** : « Et ça, ça m'a beaucoup aidé. »

**E221268** : « Mais moi je trouve que notre identité des soins et notre cœur de métier, il perd un peu son identité... »

**E221271** : « Ca veut dire quoi ? Ca veut dire que bah, ce qu'on fait euh... pfff. »

**E231287** : « Et je me dis que manager une équipe, c'est extraordinaire parce que justement, vous voyez arriver des nouveaux arrivants. »

**E231294** : « Est-ce qu'on produit des soins ? Moi je pense pas. Je pense qu'on prend soin d'une personne, dans sa globalité. Pour donner encore plus de valeurs aux prescriptions médicales, aux compétences médicales. Je pense que c'est un tout. »

### Besoin exprimé

**E171178** : « Euh...aujourd'hui [...]ce qui m'aiderait en termes de formation c'est peut-être une gestion du stress adaptée au cadre de santé mais euh... (silence) avec une orientation beaucoup plus ancrée dans [...] les conditions actuelles économiques de la santé. »

**E191193** : « Et ça, ça manque vraiment [le partage des éléments de management]. »

**E191199** : « Et ça, peut-être une formation avec euh... ces analyses de situations, cette mise à distance, de la réflexivité. »

**E211233** : « Donc je crois que ce qui m'aiderait vraiment c'est de parfois partager avec les autres. »

### Dimension de management

#### Démarche d'action

**E8170** : « Et même si on leur propose d'autres repos et qu'on essaie d'être le plus entre guillemets arrangeante... »

**E10197** : « Et moi j'ai par principe de ne pas insister... »

**E241317** : « Et quant vous êtes en train de courir d'un côté ou de l'autre par rapport à la gestion de service... »

### Facteur d'influence conditions travail

**E5134** : « ...depuis la mise en place des RTT. Parce que [...] cette mise en place s'est fait à moyen constant dans le service. Donc ça remonte à [...] 2001. Et depuis, nous subissons des réductions de personnels. Enfin plus précisément de remplacement. »

**E191194** : « Alors, est-ce qu'à l'intérieur d'un pôle, quand le cadre supérieur, à mon avis quand il est dans cette dynamique, ça le fait parce que je l'ai vécu. »

**E191195** : « Mais quand le cadre supérieur ne l'est pas, et bien c'est l'omerta. On ne parle pas de situations gênantes, on les vit. Point barre. »

### Evolution conditions de travail

**E191189** : « Et puis aussi euh... le fait, ce que j'évoquais en premier lieu. Enfin on a plus d'espaces de parole avec les cadres... »

### Organisation du travail

**E5142** : « Et puis parfois je peux avoir un patient qui doit aller au bloc, et le temps qu'un autre sorte, moi j'ai déjà repris son lit pour pouvoir accueillir un patient qui va être opéré l'après-midi... »



**E10I100** : « Et puis [...] parfois je prends des risques. [...] par rapport à la prise en charge des patients. Une infirmière que dit, moi je peux venir que quatre heures le soir.. »

**E11I112** : « Et moi, dans cette forme de management, y'a une part d'autonomie que je garde. »

**E11I125** : « Donc souvent ça se fait, enfin c'est moi qui vais souvent aux transmissions. »

**E16I164** : « ...je lui ai d'abord, [...] confié un poste de coordination parce qu'elle a une autorité. »

**E20I217** : « Quand je dis prendre de la distance, c'est-à-dire que je me positionne pas comme en cause dans ces situations. C'est-à-dire que je fais ce que je peux, avec les moyens que j'ai... »

#### Difficulté

**E8I68** : « Comme les infirmières sont moins nombreuses que les aides-soignantes, c'est très délicat parce que euh, on est obligé de faire revenir les personnes sur leurs repos. »

**E8I72** : « ...c'est pas toujours possible pour nous de pouvoir rendre ces repos à la demande de la personne qui a rendu service à l'équipe. »

**E11I113** : « ...ne pas forcer les gens. Ce qui me met parfois vraiment en difficulté, moi-même, par rapport à ma responsabilité. »

**E16I167** : « Mais euh, elle [...] Elle essaie toujours de trouver un autre moyen de prendre cette place [de cadre]. »

#### Facteur d'influence management

**E11I113** : « Et qui est axé sur mes valeurs humaines euh... humanistes. »

**E8I66** : « C'est-à-dire par exemple euh, on sait que pour le remplacement d'une infirmière qui est enceinte, on va avoir ce qu'on appelle deux mois de carences. [...] Donc il faut solliciter les membres de l'équipe. »

**E9I82** : « Et souvent, quand on connaissait nos collègues de l'institution qui avaient des spécificités de soins qui étaient [proches] de la nôtre on pouvait négocier... »

**E22I257** : « C'est-à-dire que la direction des soins étaient reconnue comme une réelle direction, comme la direction juridique. »

**E22I260** : « Parce qu'il reste encore une direction des affaires médicales, mais plus de direction des soins. La direction des soins avait des PROJETS de soins, PORTAIT des PROJETS de soins. »

#### Facteur d'influence organisation travail

**E6I49** : « ...parce que la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire depuis 2007 a restructuré l'hôpital en pôles... »

**E8I73** : « Et puis ce que j'ai remarqué aussi depuis l'organisation en pôle... »

**E9I86** : « Parce que les pôles ont été constitués au bon vouloir de l'entente des médecins. Ce qui fait qu'il n'y a pas forcément une cohérence dans la constitution des pôles de soins. »

**E22I258** : « Et le fait qu'on ait dissout cette direction dans la direction des ressources humaines... »

#### Modalités de communication

**E11I116** : « ...parce que justement, j'essaie d'être dans la collaboration, la transparence, de faire participer tous les éléments que je peux communiquer à l'équipe [...] qui soit d'ordre de difficultés à recruter pour les vacances d'été ou de remplacements. Je leurs évoque et je leurs en fait part. »

**E13I143** : « Donc quand je les écoute... »

**E22I268** : « Mais là, les grandes stratégies, elles sont données par [...] la personnalité des médecins. »

**E23I296** : « C'est aussi une évolution peut-être sociétale, qui veut pas la solidarité pour tous. »

#### Evolution organisation travail

**E8I73** : « ...c'est un certain SENS de l'intérêt commun qui n'existe plus. C'est-à-dire bah que c'est à l'intérieur du pôle, même voir même selon la personne, euh la personnalité du cadre sup', en fonction de l'intérêt qu'il porte à sa propre unité... »

**E9I88** : « Ce qui fait que vous pouvez avoir une spécialité qui est voisine de la vôtre [...] Mais vous ne pouvez pas demander de l'aide pour un transfère de compétences d'aides-soignants ou d'infirmières... »

**E22I255** : « ... des directeurs de soins, qui sont maintenant rattachés et sous les ordres du directeur des ressources humaines. »

**E22I261** : « Maintenant il n'y a plus de projets de soins. Y'a des PROJETS médicaux... »

#### Valeur

**E9I80** : « Alors l'intérêt commun, c'était euh... notamment le transfert d'un patient si on a pas de place. »

**E11I114** : « ...ne pas forcer les gens. »

**E20I207** : « ...j'étais dans le maximalisme. C'est-à-dire que je voulais à la fois la qualité des soins, à la fois le bien-être de l'équipe au travail, et à la fois bah de m'éclater dans ce que je faisais. »

**E23I284** : « ...j'ai gardé mes valeurs de soignante. »

**E23I286** : « Des valeurs [...] De respect, d'humanité... »

#### Représentation

**E9I86** : « Aujourd'hui c'est différent. »

**E21I244** : « Et ça a mis une synergie qui malheureusement euh... C'est pas très palpable maintenant. »

**E24I322** : « On a plus rien de ça [temps d'analyses de pratiques et d'échanges avec les collègues]. »

**E24I324** : « C'est la non-conscience du travail des uns et des autres... »

#### Dimension collective

**E9I84** : « ...on pouvait négocier entre nous... »

**E19I199** : « ...on avait tous les mêmes problématiques. »

**E21I240** : « On a pris en charge tous les patients et puis ont été aidés les urgences. »

**E21I243** : « Personne n'a rien dit ce jour-là. Tout le monde s'est donné la main comme on dit, enfin un coup de main. »

#### Temps de communication

**E24I320** : « Et ça, vous voyez, les temps d'expression professionnelles... »

#### Lieu de communication

**E6I51** : « Parce que ces temps de réunion... »

**E12I134** : « ... dans mon bureau. »

Ressources extérieures	Rapport aux collègues	Etat psychologique	Rapport au savoir
<u>Acteur-ressource</u>  <b>E11/121</b> : « ...avec la psychologue du travail... »	<u>Modalités relationnelles</u>  <b>E21/243</b> : « ...c'était dans l'esprit de soulager les collègues. »  <u>Absence soutien</u>  <b>E10/104</b> : « Et là personne m'épaule. Là, je suis la seule responsable. »  <u>Difficulté communication</u>  <b>E6/49</b> : « Alors c'est un peu délicat... »  <b>Rapport à la hiérarchie</b>  <u>Représentation</u>  <b>E7/59</b> : « Sachant que la cadre supérieure du pôle est très directive. » <b>E7/60</b> : « Et qu'elle n'est pas du tout dans un esprit de management participatif. » <b>E12/129</b> : « La volonté de l'établissement qui n'est pas dans cette démarche là. [management participatif]. »  <u>Modalités relationnelles</u>  <b>E7/61</b> : « Elle [la cadre supérieure] donne des ordres et il faut s'y tenir quoi... » <b>E11/111</b> : « ...avec mon cadre supérieur qui M'IMPOSE une forme de management. »	<u>Motivation</u>  <b>E20/222</b> : « Et j'envisage de partir dans une autre fonction, dans un autre exercice de ma fonction qui est la formation. » <b>E21/232</b> : « J'aime bien accompagner les gens dans leurs projets. » <b>E21/244</b> : « Et c'était pour le bien. »  <u>Facteur d'influence motivation</u>  <b>E20/223</b> : « Parce que bah, je veux pas non plus y laisser ma santé... »  <u>Souffrance</u>  <b>E10/93</b> : « Bah c'est très dur... » <b>E11/122</b> : « ... dans le service où je suis c'est aussi très, très dure cette prise en charge... » <b>E12/133</b> : « Et ça c'est une source d'insatisfaction au travail, voir même des fois de... » <b>E20/210</b> : « Et bas des fois j'en souffre. C'est-à-dire qu'il y a une alerte. C'est quand je me coince le dos, je sais que là, je vais trop souffrir. » <b>E20/212</b> : « Je vois même que je me maltraite des fois, d'aller travailler avec le dos coincé. » <b>E20/215</b> : « Et ça c'est lourd ! » <b>E20/221</b> : « Euh, et puis bah des fois je souffre... »  <u>Facteur d'influence souffrance</u>  <b>E7/57</b> : « ...parce que moi en plus j'ai changé d'établissement. » <b>E7/58</b> : « Et en plus [...] Je suis arrivée nouvelle dans une équipe. Et c'est pas évident de savoir comment je peux évoquer mes difficultés de gestion et de management avec cette nouvelle équipe. »	<u>Représentation</u>  <b>E23/290</b> : « La nouvelle loi DPC va peut-être remettre ça en force dans les temps de formation. »  <u>Echange de vécu</u>  <b>E6/51</b> : « Parce que ces temps de réunion, c'était aussi des temps d'échanges. » <b>E11/120</b> : « Et ce que j'avais fait dans le service où j'étais avant c'était des groupes de paroles [...] Et aussi les revus de dossiers... » <b>E19/192</b> : « ... et comment les unes ou les autres avaient résolu ou nous aidaient. » <b>E19/192</b> : « Et on était plus dans le partage de, euh... de ces éléments de management. » <b>E19/198</b> : « Et c'est ce que je trouvais [...] c'était qu'on parlait même dans des secteurs différents, on avait les mêmes problématiques. » <b>E20/215</b> : « J'en parle avec des collègues ou des collègues qui ont fait l'école des cadres avec moi, qui partagent et qui vivent ces choses-là dans les structures aussi. » <b>E23/299</b> : « Donc je pense que des espaces de paroles, et de réinstaller l'expression professionnelle au sein des unités et des établissements. »

### Soutien hiérarchique

**E161164** : « ... en accord avec le cadre sup'... »

### Absence soutien hiérarchique

**E121131** : « ...ma cadre supérieure qui ne me suit pas... »

**E241313** : « Par contre NOUS si on a besoin d'une aide pour une prise en charge, on a pas du tout cette réactivité. »

### **Rapport aux médecins**

### Représentation

**E221277** : « .. donc ils l'ont encore plus mal vécu... »

### Modalités relationnelles

**E9189** : « ... et les médecins nous suivaient dans cette hospitalisation. »

### Difficulté de communication

**E221272** : « Moi j'ai connu les mouvements de 1983, où justement les médecins évoquaient que c'était les seuls qui généraient les fonds pour faire tourner les hôpitaux. »

### **Rapport à l'équipe de soins**

### Représentation

**E111119** : « Ca euh... je pense que c'est des adultes avec qui je travaille. »

**E241317** : « ...on vous dit bah vous l'avez pas vu votre mail ? Bah non, je l'ai pas vu, non, non. Excusez-moi, j'étais auprès d'un patient, d'une famille donc non, non, je l'ai pas vu. Donc ça je trouve ça lourd quoi. »

**E241320** : « ...les temps d'expressions professionnelles [...] On a plus rien de ça. Et je vois pas quel est l'intérêt à part... faire justement souffrir. »

**E111124** : « ...parce que euh [...] la santé des patients peut se dégrader très vite. »

**E111124** : « Et des patients qui sont jeunes. »

**E121132** : « ...c'est vraiment aller CONTRE, contre les valeurs de mon management. »

**E201209** : « Aujourd'hui j'suis pas du tout dans la possibilité de réaliser, à mon avis [...] ces valeurs de management. »

**E201215** : « Et puis bah j'ai personne à qui en parler. »

**E201221** : « ... de ne pas être convenante avec ce comment j'envisage le travail. »

**E211229** : « Je me dis que moi quand je suis pas bien [...] l'équipe aussi est pas bien. Et ça amplifie un petit peu mon mal-être. »

**E211230** : « Parce que je me dis [...] que mon rôle qui est d'accompagner l'équipe, je l'assume pas quoi. Et ça c'est, c'est pas sympa. »

**E221269** : « Donc ça aussi c'est... Quand on attaque l'identité de soignants, c'est douloureux. Ça participe, non pas à un malaise mais à un manque de... Je parle pas de reconnaissance mais de respect du travail. »

### Facteur d'influence équilibre

**E121134** : « Que je comble en recevant les patie... euh les membres de l'équipe... »

**E201221** : « Donc j'essaie de mettre de la distance. »

### Place accordée à l'expérience

**E191190** : « Parce qu'on discutait pas de couture ou de décoration. On parlait plutôt des situations de travail... »

**E231288** : « Vous pouvez aussi compter sur des infirmières plus expertes. Et ça, c'est vraiment le bon côté. »

**E231291** : « Mais QUID sur le terrain quoi ? »

**E231292** : « Mais comment on l'organise sur le terrain. »

### Pratique réflexive

**E191190** : « ...des espaces de paroles avec les cadres qui étaient, maintenant avec le recul, qui étaient des espaces de réflexivité. »

**E191191** : « On parlait de situations [...] qui nous questionnaient. »

**E191193** : « C'est-à-dire cette part de, d'analyse de situations avec ses pairs. »

**E201213** : « Et puis euh, j'me demande, je me questionne de savoir si je suis encore efficace moi-même quand je souffre quoi. Par rapport à l'équipe, par rapport aux soins. »

**E221253** : « Je me pose des questions sur l'évolution de notre profession. Est-ce que, puisqu'on a plus de représentation hiérarchique... »

**E13I142** : « ... l'équipe d'infirmières qui est inféodée à l'identité médicale... »

**E13I143** : « ... elles [les infirmières] sont surprises, et parfois prennent cette écoute comme de la faiblesse. »

**E13I144** : « En fait, elles [les infirmières] attendent plus d'autorité de la part d'un cadre. »

#### Modalités relationnelles

**E12I134** : « Et j'ai beaucoup comment dire, un rôle social, d'écoute des membres de l'équipe. »

**E13I139** : « Les relations sont [...] Très empathiques de la part de l'équipe d'aides-soignantes. C'est-à-dire que quand ils me voient en difficultés, ils comprennent cette difficulté, et ils ont une certaine autonomie par rapport à trouver des solutions. »

#### Soutien

**E21I239** : « ... dans l'autre établissement où j'étais, pour la canicule... Bon bah j'ai l'équipe avec qui je travaillais qui est venue m'aider. »

**E22I274** : « ...même les aides-soignantes nous avaient suivi. »

#### Difficulté de communication

**E13I141** : « Plus de difficultés avec l'équipe d'infirmières... »

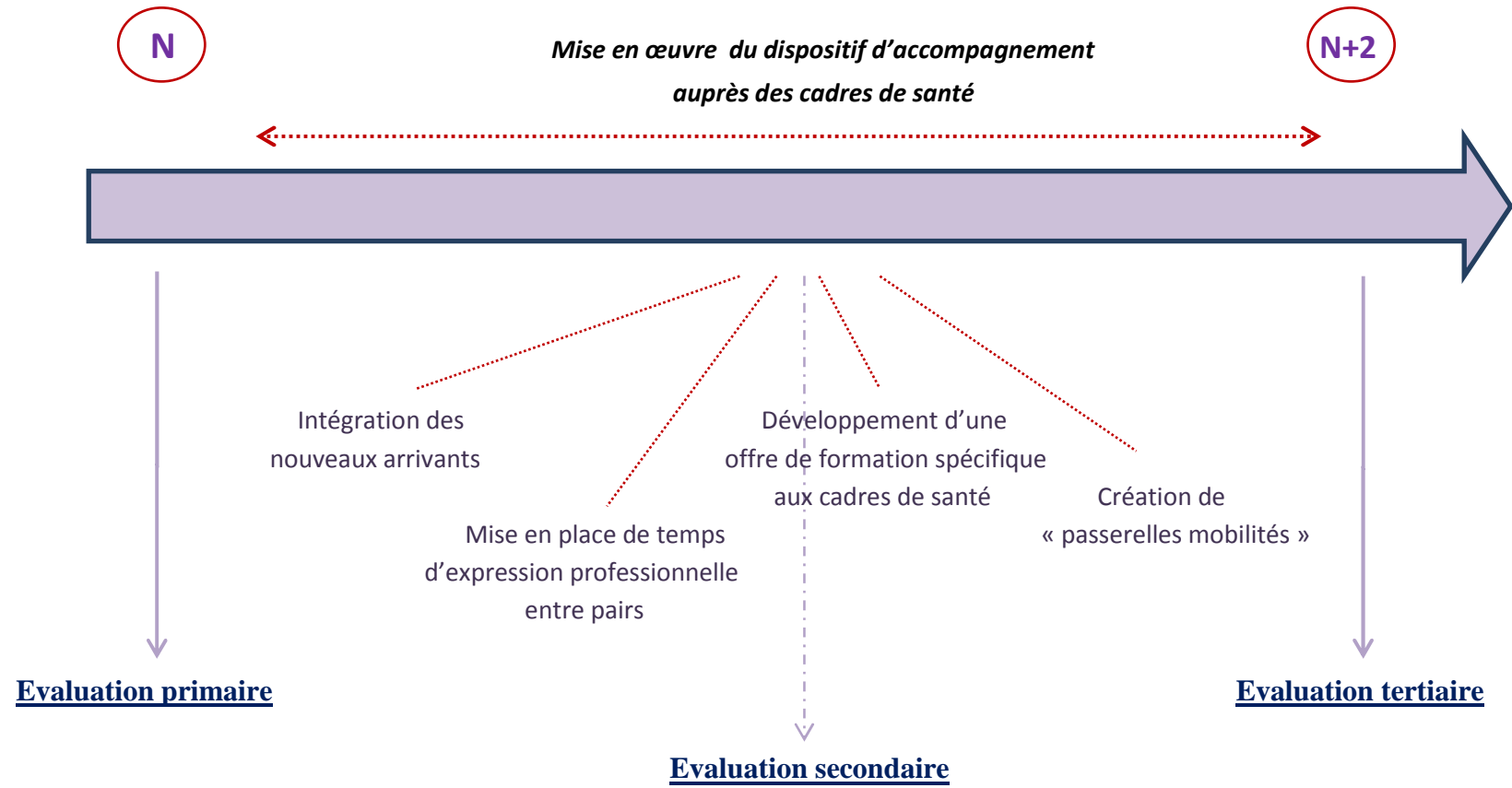
**E23I284** : « Et puis j'ai eu l'extrême chance d'avoir une qualité d'exercice dans un établissement où, justement, je me suis sentie respectée dans mes valeurs professionnelles. »

**E23I300** : « Je pense que ça [des espaces d'expression professionnelle] me permettrait d'avoir moins de souffrance et de moins se sentir seule comme on est. Et de moins souffrir. Et de renvoyer cette souffrance sur euh, sur nous. »

#### Représentation

**E21I231** : « Bon c'est pas courant hein [de souffrir physiquement]. Mais quand ça arrive... »

## Mise en perspective du protocole de recherche-action.



**Année N : Phase de lancement**

**Année N+1 : Phase de bilan intermédiaire**

**Année N + 2 : Phase de clôture**



## GLOSSAIRE

---

ANI	Accord National Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Code du Travail
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DE	Diplôme d'Etat
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DU	Document Unique
FNP	Fond National de Prévention
FPH	Fonction Publique Hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PRST	Plan Régional de Santé au Travail
PRS	Plan Régional de Santé
PST	Plan Santé au Travail
QVT	Qualité de Vie au Travail
SST	Service de Santé au Travail

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

### A

Adam, J-M. (1990). *Eléments de linguistique textuelle : théorie et pratique de l'analyse textuelle*. Liège, Belgique : Mardaga

ANAP. (n.d). *La loi HPST à l'Hôpital. Les clés pour comprendre*. Repéré le 20 décembre 2013 du site officiel du gouvernement : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)

ARACT. (2011). « L'encadrement ». Repéré le 13 février 2014 du site de l'ARACT : <http://www.preventionrps.com/prevenir%20-%20role-acteurs01.php?etape=encadrement>.

Ardouin, T. et al. (sous la dir. de). (2009). *Ressources humaines à l'Hôpital. Pilotage social et performance*. Paris, France : Berger-Levrault.

Askenazy, Ph et al. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*. Repéré le 10 février 2014 du site officiel du gouvernement : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf).

### B

Barus-Michel, J et al. (2002). *Vocabulaire de psychosociologie*. Repéré le 12 décembre 2013 du site de ressources en ligne Cairn.info : <http://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749206851.htm>.

Barry, A-O. (n.d). *Les bases théoriques en analyse de discours*. Repéré le 4 mai 2014 de [http://www.infoamerica.org/teoria\\_articulos/discurso01.pdf](http://www.infoamerica.org/teoria_articulos/discurso01.pdf).

Beillerot, J. (1996). L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? *Cahiers pédagogiques* (346). Repéré le 12 novembre 2012 du site de la revue Cahiers pédagogiques : <http://www.cahierspedagogiques.com/spip.php?article143>.

Bertrand, E. (2011). Expérience du management et management de l'expérience à La Poste. *Revue Internationale en Sciences de l'éducation et de la formation* (60-61), 99-120.

Beziat, J. (2013). *Analyse de pratiques et réflexivité*. Paris, France : L'Harmattan.

Bonneau, J. (n.d). *Outils d'aide à l'exploitation d'entretiens semi-directifs*. Repéré le 2 mai 2014 de : <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2008/pdf/bonneau.pdf>.

Bonnet, J et al (sous la dir. de). (2010). *Management et communication. Mutations, emprunts et résonnances*. Paris, France : L'Harmattan.

Bourret, P (sous la dir. de). (2007). *Encadrer sous contraintes : les encadrements des organisations publiques*. XVIème journée d'étude du GDR Cadres. Repéré le 31 octobre 2013, de : <http://gdr-cadres.cnrs.fr/pdf/GDRCadres14Bourret.pdf>.

Boutinet, J.P. (1995). *Psychologie de la vie adulte*. Paris, France : PUF.

Boutinet, J.P. (2009). *L'ABC de la VAE*. Repéré le 20 février 2013 du site d'ouvrages en accès libre Cairn : <http://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091.htm>.

Brouaux, K. (2009). *Le projet de reprise d'études chez les adultes en activité professionnelle. Contribution à l'étude de la motivation au formation diplômante de niveau bac+', bac+* (mémoire de master non publié). Université de Tours, France.

## C

Catanas, M. (2008). *Evolution socio historique de la fonction cadre de santé*. Repéré le 26 novembre 2013 de : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la.html>.

Claude, J-F. (1998). *L'éthique au service du management. Concilier autonomie et engagement pour l'entreprise*. Rueil-Mailmaison, France : Ed Liaisons.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, France : PUF.

Clot, Y. (2008). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris, France : La Découverte.

Colombat, Ph. et al. (sous la dir. de). (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Paris, France : Lamarre Edition.

Combalbert, N. (2000). *La souffrance au travail. Comment agir sur les risques psychosociaux*. Paris, France : Armand Colin.

Commission des communautés européennes. (2007). *Améliorer la qualité et la productivité au travail : Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail*. Repéré le 12 août 2013 de : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:fr:PDF>.

Courtois, B. Pineau, G. (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Paris, France : La Documentation Française.

## D

Danvers, F. (2003). *500 mots-clefs pour l'éducation*. Villeneuve d'Ascq, France : Presses Universitaires Septentrion.

Danvers, F. (2006). *Modèles, concepts et pratiques en orientation des adultes*. Villeneuve d'Ascq, France : Presse Universitaire Septentrion.

De Brouwer, Ch. (2008). *Le problème de la santé au travail. Protection des travailleurs ou nouvel eugénisme ?* Paris, France : L'Harmattan.

Dejours, Ch. (1995). *Le facteur humain*. Paris, France : PUF.

Dejours, Ch. (2000). *Travail et usure mentale. Nouvelle Edition*. Paris, France : Ed Bayard.

Deloche, F. (2010). *Le bien-être par le travail : une utopie ? Comment concilier performance et plaisir autour de nos manières de travailler ensemble ?* Repéré le 12 décembre 2013 de : <http://www.ifore.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/confBE190313.pdf>

Delory-Momberger, Ch. (2009). *La condition biographique. Essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris, France : Téraèdre.

Denoyel, N. (2002). Produire : des savoirs, du sens, de l'œuvre ? Dans *Nouvelles ingénieries de la formation et du social*, 221-234. Paris, France : L'Harmattan.

De Singly, Ch (présenté par). (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*. Repéré le 3 novembre 2013 de : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf>.

Direccte. *Plan Régional de Santé au Travail 2010–2014*. Repéré le 14 février 2014 du site de la Direccte Centre : <http://www.centre.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/PRST2.pdf>.

Dupuy, R. Le Blanc, A. (2001). Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles. *Connexions*. Repéré le 14 février 2013 du site d'ouvrages en accès libre Cairn : <http://www.cairn.info/revue-connexions-2001-2-page-61.htm>.

## E

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (2011). *Loi HPST : Hôpital, Patient, Santé, et Territoire. Dossier documentaire*. Repéré le 22 septembre 2013 de : [http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/08/DO\\_LoiHPST\\_20110825.pdf](http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/08/DO_LoiHPST_20110825.pdf).

Escallada, S. (2003). *La VAE, étape vers un parcours de formation : Un paradoxe ?* (mémoire de master non publié). Université de Tours, France.

## F

Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : PUF Educateur.

Fassin, D. (1990). *Décrire. Entretien et observation*. Repéré le 2 mai 2014 de [http://classiques.uqac.ca/contemporains/fassin\\_didier/decrire\\_entretien\\_observation/decrire\\_entretien\\_observation.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/fassin_didier/decrire_entretien_observation/decrire_entretien_observation.pdf).

Fond National de Prévention. (2012). *Droit applicable à la prévention dans la Fonction Publique Hospitalière*. Repéré le 30 octobre 2013 du site du Fond National de Prévention : [https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/droit\\_applicable\\_a\\_la\\_prevention\\_dans\\_la\\_fph\\_-\\_v\\_1.2.pdf](https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/droit_applicable_a_la_prevention_dans_la_fph_-_v_1.2.pdf).

Fond National de Prévention. (2013). *Pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières*. Repéré le 30 octobre 2013 du site du Fond National de Prévention : [https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/rapport\\_rps\\_sciences\\_po\\_bordeaux\\_juin\\_2013.pdf](https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/rapport_rps_sciences_po_bordeaux_juin_2013.pdf)

Fourgous, J-M. Daujard, E. (1993). *Qualité de vie au travail et performance*. Paris, France : Les Editions d'Organisation.

Fugier, P. (2009). Le principe de neutralité. *Spirale 44*. Récupéré le 12 novembre 2013 du de : <http://spirale-edu-revue.fr/>.

## G

Gatto, F (sous la dir. de). (2007). *Cadre de santé et management*. Montpellier, France : Saurampsmedicat.

Guillaumin, C. (2000). *Formation, professionnalité et alternance. Contribution à l'approche de la dialectique, changement, inertie en éducation* (thèse de doctorat publiée). Université de Tours, France.

Guillaumin, C. (2009). *Pratiques réflexives en formation. Ingéniosité et ingénieries émergentes*. Paris, France : L'Harmattan.

## I

Institut national de la statistique et des études économiques. (2013). *Dépenses des administrations publiques ventilées par fonction*. Repéré le 7 janvier 2014 du site de l'INSEE : [http://www.insee.fr/fr/themes/comptesnationaux/tableau.asp?sous\\_theme=3.3&xml=t\\_3301](http://www.insee.fr/fr/themes/comptesnationaux/tableau.asp?sous_theme=3.3&xml=t_3301).

## J

Jouan, M. Laugier, S. (2009). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris, France : PUF.

## K

Kerlan, A. (2003). *Philosophie pour l'éducation*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF Editeur.

## L

Lachmann, H. Larose, Ch. Penicaud, M. *Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Repéré le 13 octobre 2013 de : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081/0000.pdf>

Lamy, S. (2013). *Le rôle des contraintes psychosociales et organisationnelles sur l'état de santé des infirmières et des aides-soignantes : analyse longitudinale des données de sept CHU en France*. (Thèse de doctorat publiée en ligne). Repéré le 7 septembre 2013 du site du Fond National de Prévention : [https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/lamy\\_s\\_9703.pdf](https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/lamy_s_9703.pdf).

Lengrand, P. (1975). *L'Homme du devenir. Vers une éducation permanente*. Paris, France : Ed Entente.

Lebranchu, M. (présenté par). (2013). *Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique*. Repéré le 30 octobre 2013 du site officiel du gouvernement : [http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres\\_et\\_parcours\\_professionnel/sante\\_securite\\_travail\\_fp/Protocole-RPS.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/Protocole-RPS.pdf)

Le Grand, J-L. Pineau, G. (2007). *Les histoires de vie*. Paris, France : PUF.

Le Saout, R. Saulnier, J-P. (2002). *L'encadrement intermédiaire. Les contraintes d'une position ambivalente*. Paris, France : L'Harmattan.

« Les valeurs du service public ». *Hopital.fr*. Repéré le 7 janvier 2014 de : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital>.

Linquier, N. (synthèse réalisée par). (2003). *Efficace à tout âge. Les différentes étapes de la vie au travail*. Repérée le 7 novembre 2013, du site de l'agence régionale du Poitou-Charente tout au long de la vie : [www.arXlv.org/TELECHARGEMENT/332/Repere51.pdf](http://www.arXlv.org/TELECHARGEMENT/332/Repere51.pdf).

## M

Maurice, M. (2012). *4 clés pour gagner en autorité naturelle*. Paris, France : InterEdition.

Michaud, Y. (2013). *Qu'est-ce que le management responsable ?* Paris, France : Ed Eyrolles.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. (2001). *Décret du 5 novembre 2001 portant la création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs* (publication n° 2001-1016). Repéré le 22 septembre 2013 de <http://www.synhorcat.com/IMG/pdf/JO200117523.pdf>.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (1995). *Décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé* (publication n°95-926). Repéré le 2 novembre 2013 de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>.

Ministère des affaires sociales et de la santé. *Loi du 2 janvier 2002 relative à l'évaluation des politiques publiques* (Publication n°2002-2). Repéré le 13 janvier 2014 de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>.

Ministère de la santé. *Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses* (Publication n°70-1320). Repéré le 22 septembre 2013 de : <http://droit-medical.com/textes/textes-divers/450-loi-701320-31-decembre-1970-toxicomanie>.

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. (2008). *Accord national Interprofessionnel du 2 juillet 2008 relatif au stress au travail* (Publication N° : ASET0950010M). Repéré le 22 septembre 2013 de : [http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0002/CCO\\_20090002\\_0002\\_0020.pdf](http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0002/CCO_20090002_0002_0020.pdf)

Ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. *Plan Santé au Travail 2010-2014*. Repéré le 12 février 2014 du site officiel du gouvernement : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Table\\_Ronde\\_SanteauTravail.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Table_Ronde_SanteauTravail.pdf).

Molinier, L. (n.d). *Le système hospitalier français*. Repéré le 20 décembre 2013 de : [http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/modul/sous\\_module4/005\\_SYS\\_HOSP\\_francais.pdf](http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/modul/sous_module4/005_SYS_HOSP_francais.pdf)

Molier, P. Laugier, L. Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, France : Ed Payot et Rivage.

Mucchelli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris, France : Armand Collin.

Muet, F. (2003). *Information et management*. Repéré le 29 janvier 2014 de : [http://jetestehal.ccsd.cnrs.fr/docs/00/06/36/81/PDF/I\\_M-Notes\\_techniques-Conduite\\_d\\_entretien.pdf](http://jetestehal.ccsd.cnrs.fr/docs/00/06/36/81/PDF/I_M-Notes_techniques-Conduite_d_entretien.pdf).

## O

Or , Z. Renaud, Th. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*. Repéré le 7 janvier 2014 du site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>.

## P

Pain, A. (1990). *Education informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris, France : L'Harmattan.



Partenaires sociaux. (2010). *Accord-cadre du 22 octobre 2010 sur le harcèlement et la violence au travail*. Repéré le 22 septembre 2013 de : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/accord-harcelement-violence-2010-2.pdf>.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année Psychologique*. Repéré le 14 février 2013 du site d'ouvrages en accès libre *Persee* : sur [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy\\_00035033\\_1992\\_num\\_92\\_4\\_29539](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_00035033_1992_num_92_4_29539).

Perrenoud, Ph. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF.

Perrenoud, Ph. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Education Permanente* (160), 35-56. Paris, France : CNAM.

Petit, V. (2009). *Leadership : ce que pensent les top managers. Un voyage au cœur des représentations du leadership de cadres dirigeants français*. Nice, France : EDHEC Business School. Repéré le 1<sup>er</sup> décembre 2013 du site de l'EDHEC : [http://professoral.edhec.com/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID\\_FICHIER=1328885973170](http://professoral.edhec.com/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1328885973170).

Pineau, G. (1986). *Temps et contretemps en formation permanente*. Maurecourt, France : Ed Universitaire UNMFREO.

Pineau, G. (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Paris, France : La Documentation Française.

Pineau, G. (2013). Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif. *Education Permanente* (196), 9-24. Paris, France : CNAM.

## Q

Quantin, C. (2010). *Hôpitaux. Les vents contraires du changement*. Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.

## R

Revillard, A. (2006). *Réaliser un entretien semi-directif*. Récupéré le 2 mai 2014 de : <http://www.eureval.fr>.

Reinhart, S. (n.d). *Cadre de santé : de la surveillance au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?* Repéré le 12 novembre 2013 du site de l'université de Nancy : [http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/53055\\_REINHARDT.pdf](http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/53055_REINHARDT.pdf).

## S

Savarese, E. (2006). *Méthodes des sciences sociales*. Paris, France : Ellipses.

Scheweyer, F-X. (2013). De quelques évolutions de l'Hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres. *Revue Hospitalière de France* (551). Repéré le 13 novembre 2013 de : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/Revues-Hospitaliere-de-France/Revues/551>.

« Soigner ». (n.d.). Dans *Dictionnaire Le Larousse*. Repéré le 13 novembre 2013 du site du Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>.

## T

Tissot, M. (2013). Le cadre de santé dans son management. Proximité ou juste distance ? *Revue Hospitalière de France* (551). Repéré le 13 novembre 2013 de : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/Revues-Hospitaliere-de-France/Revues/551>.

## U

Unrug, M-C. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole de l'énonciation*. Paris, France : Editions universitaires.

## V

Vacher, Y. (2011). La pratique réflexive. Un concept et des mises en œuvre à définir. *Recherche et Formation* (66), 65-78. Repéré le 19 décembre 2013 du site de ressources en ligne Cairn : [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=REFO\\_066\\_0065](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=REFO_066_0065).

Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique* (113), 49-63. Repéré le 30 octobre 2013 du site de ressources en ligne Cairn : <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm>.

## TABLE DES FIGURES

---

<i>Figure 1 : Triangle de la psycho-dynamique du travail.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 2 : Style et genre en psycho-dynamique du travail.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 3 : La typologie des employés.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 4 : Les différentes transitions.....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 5 : Les trois piliers du leadership.....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 6 : Le management responsable.....</i>	<i>51</i>
<i>Figure 7 : Les mondes sociaux de la formation des adultes .....</i>	<i>57</i>
<i>Figure 8 : Le triangle de la formation mis au regard des trois mondes sociaux.....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 9 : Expérimenter, expérencier, acquérir de l'expérience, reproduit à l'identique.....</i>	<i>60</i>

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE .....	5
<b>PREAMBULE – LORSQU’UN PROJET PROFESSIONNEL RENCONTRE UN TRAJET DE VIE PERSONNEL. ....</b>	<b>8</b>
PREMIERE PARTIE : EMERGENCE PROGRESSIVE D’UN OBJET DE RECHERCHE.....	13
<b>CHAPITRE 1 – POUR UNE PRESENTATION CONTEXTUELLE DE LA SANTE AU TRAVAIL CHEZ LE CADRE DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER.....</b>	<b>16</b>
1. <i>Histoire et juridiction de la santé au travail en France.....</i>	16
1.1 <i>D’une approche eugéniste à une recherche d’épanouissement individuel.....</i>	16
1.2 <i>Ce que dit aujourd’hui la juridiction en matière de prévention santé au travail..</i>	18
1.2.1 <i>Etude du code du Travail et des déclinaisons législatives particulières à la Fonction Publique Hospitalière. ....</i>	18
1.2.2 <i>Une préoccupation importante : la prévention des risques psychosociaux.....</i>	21
2. <i>Prenant place au regard d’un contexte spécifique : celui de la Fonction Publique Hospitalière. ....</i>	22
2.1 <i>Vers une démarche de qualité et de sécurité des soins toujours plus exigeante..</i>	23
2.2 <i>Une injonction croissante en matière de gestion.....</i>	24
2.3 <i>Mise au regard des missions et des valeurs de la Fonction Publique Hospitalière.....</i>	26
3. <i>Et le cadre de santé dans tout cela ?.....</i>	27
3.1 <i>Une évolution historique majeure : de la mère supérieure au cadre de santé.....</i>	27
3.2 <i>L’institut de Formation des Cadres de Santé.....</i>	28
3.3 <i>De multiples missions et fonctions.....</i>	30
<b>CHAPITRE 2 – L’HOMME ET LE TRAVAIL : UNE RELATION COMPLEXE ENTRE SOUFFRANCE ET ACCOMPLISSEMENT DE SOI. ....</b>	<b>31</b>
1. <i>Travail et facteur humain. ....</i>	31
1.1 <i>Un concept fondé sur un triple rapport à soi, aux autres et au réel.....</i>	32
1.2 <i>... Au sein duquel l’autonomie occupe une place majeure.....</i>	33
2. <i>Mieux comprendre les risques psychosociaux pour une plus grande qualité de vie au travail. ....</i>	35
2.1 <i>Que se cache-t-il derrière la notion des risques psychosociaux ?.....</i>	36
2.2 <i>D’une typologie des approches préventives à une qualité de vie au travail. ....</i>	37
3. <i>Quelques données psychologiques à prendre en compte.....</i>	39

3.1 L'implication de la personnalité des travailleurs. ....	39
3.2 Le rôle de l'éthique : focus sur le care.....	41
3.3 Le rapport au changement situé entre angoisse et dynamique d'action. ....	42
<b>CHAPITRE 3 – MANAGE, MANAGER, MAIS QU'EST-CE AU JUSTE QUE LE MANAGEMENT ? .....</b>	<b>44</b>
1. Une fonction professionnelle omniprésente. ....	44
1.1 Approche paradigmatique du management.....	44
1.2 L'implication de la notion de proximité chez le manager intermédiaire : parallèle avec le cadre de santé. ....	46
1.3 Leadership et charisme : des leviers importants pour manager. ....	48
2. Etude de différentes conceptions du management.....	49
2.1 Vers un management responsable. ....	50
2.2 Le modèle du management participatif.....	52
<b>CHAPITRE 4 – EXPERIENCE FORMATRICE ET FORMATION EXPERIENTIELLE. ....</b>	<b>54</b>
1. Vers une définition du terme de formation. ....	54
1.1 D'une idéologie d'éducation permanente à la formation tout au long de la vie.....	54
1.2 La formation des adultes : un univers constitué de différents mondes sociaux et de multiples modalités d'apprentissages. ....	55
1.3 La trilogie des pôles d'auto, d'éco et d'hétéro-formation. ....	57
2. Focus sur la formation expérientielle. ....	59
2.1 Dans quelles mesures l'expérience devient-elle formatrice ?.....	59
2.1.1 De l'expérience à la formation expérientielle. ....	59
2.1.2 L'importance de la démarche du praticien réflexif. ....	61
2.2 Des procédés narratifs facilitateurs de réflexivité. ....	63
2.2.1 L'Histoire de vie comme support de mise à distance. ....	63
2.2.2 L'oral comme prise en compte de l'altérité.....	64
<b>CONCLUSION PREMIERE : PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES .....</b>	<b>67</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : MISE EN PERSPECTIVE EMPIRIQUE DU QUESTIONNEMENT METHODOLOGIQUE A LA CONSTRUCTION DE L'ENQUETE DE TERRAIN. ....</b>	<b>72</b>
<b>CHAPITRE 5 – UN TEMPS DE DECOUVERTE GUIDEE PAR PLUSIEURS INTENTIONS. ....</b>	<b>74</b>
1. Une aspiration à aller à la rencontre de l'expérience des professionnels.....	75
1.1 Un entretien centré autour des notions de risques psychosociaux et de management participatif.....	75

1.1.1 Présentation.....	75
1.1.2 Analyse.....	76
1.2 Des échanges non formels propices à la découverte.....	79
2. Une volonté d'éprouver notre réflexion.....	80
2.1 Présentation du déroulé de l'entretien.....	81
2.2 Analyse synthétique de l'entretien.....	82
2.2.1 Analyse de la forme.....	82
2.2.2 Analyse du fond.....	83
<b>CHAPITRE 6 – DE L'EXPLORATION A LA CONSTRUCTION DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	<b>88</b>
1. Du choix de la population et du terrain d'étude.....	88
1.1 Une population particulièrement définie.....	89
1.2 Un terrain d'étude préféré pour son envergure et son accessibilité.....	90
2. L'instrument de recueil privilégié : l'entretien semi-directif.....	93
2.1 De la justification du choix méthodologique.....	93
2.2 ...à la construction d'une grille d'entretien.....	95
3. Modalités de conduite des entretiens ainsi que de leurs analyses.....	98
3.1 Des entretiens réalisés dans différentes conditions.....	99
3.2 Une analyse par entrée thématique.....	101
<b>CHAPITRE 7 – UN PREMIER TEMPS INSCRIT DANS UNE APPROCHE INDIVIDUELLE.....</b>	<b>103</b>
1. Mme. B* : cadre de santé fraîchement diplômée, d'une nature positive et enjouée.....	103
2. Mme. D* : cadre de santé exerçant en tant que tel depuis plus de 5 ans et extrêmement investie dans son travail.....	107
3. Mme. E* : cadre de santé expérimentée, soumise à de nombreux conflits de valeurs.....	111
<b>CHAPITRE 8 – UN SECOND TEMPS DE MISE EN COMPARAISON PUIS D'INTERPRETATION.....</b>	<b>116</b>
1. Lorsque plusieurs analyses individuelles deviennent une seule analyse transversale.....	116
1.1 Le thème de l'identité personnelle.....	117
1.2 La catégorie du parcours de vie.....	118
1.3 La catégorie de l'exercice de la profession.....	119
1.4 Le thème de l'environnement de travail.....	120
1.5 La catégorie du rapport aux collègues.....	120

1.6 Le thème de l'état psychologique.....	121
1.7 Le thème du rapport au savoir.....	122
1.8 Le thème des ressources extérieures.....	122
2. Vers une interprétation des données.....	123
2.1 Un épanouissement personnel prenant place au sein d'un environnement de travail équilibré.....	123
2.2 Un bien-être reposant sur des temps ponctuels d'échanges entre pairs.....	126
2.3 Entre souffrance et solitude.....	129
CONCLUSION SECONDE : POUR ALLER PLUS LOIN.....	132
TROISIEME PARTIE : UN REGARD TOURNE VERS L'AVENIR .....	137
<b>CHAPITRE 9 – POINTS DE VIGILANCE ET PERSPECTIVES D'ACTIONS POUR UN DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE AUX CADRES DE SANTE.....</b>	<b>139</b>
1. Axe 1 : Intégration des nouveaux arrivants.....	141
2. Axe 2 : Mise en place de temps officiels d'expression professionnelle entre pairs au sein de l'organisation du travail.....	142
3. Axe 3 : Développement d'une offre de formation spécifique.....	144
4. Axe 4 : Création de « passerelles mobilités » dans une perspective d'évolution professionnelle.....	147
<b>CHAPITRE 10 – PERIODE DE TRANSITION ET EVOLUTION VERS UNE NOUVELLE POSTURE : DE L'ETUDIANT AU PROFESSIONNEL DE LA FORMATION.....</b>	<b>148</b>
1. Un mémoire de recherche venant s'inscrire à la fin d'un parcours d'études initiales.....	148
2. Une réflexion portée par un enjeu sous-jacent d'insertion professionnelle.....	151
CONCLUSION GENERALE.....	154
ANNEXES.....	155
GLOSSAIRE.....	312
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	313
TABLE DES FIGURES .....	321
TABLE DES MATIERES .....	322