



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Contraintes psycho-sociales et organisationnelles chez les cadres de  
santé et les cadres supérieurs du CHRU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Avril 2015 à 18 heures  
au Pôle Formation

**Par Jean-Simon Guillot**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER-TRICHARD**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANIDE	Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat
ANIIDE	Association Nationale des Infirmiers et des Infirmières Diplômées d'Etat
AS	Aide-Soignante
CGS	Coordination Générale des Soins
CPO	Contraintes psycho-sociales et organisationnelles
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ETP	Equivalent Temps Plein
FFC	Faisant Fonction de Cadre
HAD (échelle)	Hospital Anxiety and Depression (scale)
ORSOSA	Organisation des soins et santé des soignants
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MTPH	Médecine du Travail du Personnel Hospitalier
PRESST	PRomouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail
UF	Unité fonctionnelle

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
I. Les cadres de santé .....	4
A. Historique de la profession .....	4
B. Epidémiologie.....	7
C. Formation .....	7
1. Conditions d'inscription à la formation.....	7
2. Epreuves du concours.....	8
3. Contenu théorique et pratique de la formation .....	8
a) Formation théorique .....	8
b) Formation pratique .....	9
c) Master Ingénierie et Management de la santé .....	10
D. Missions .....	10
E. Cadres supérieurs de santé .....	11
F. Liens hiérarchiques et fonctionnels .....	12
II. Les contraintes psycho-sociales et organisationnelles (CPO) .....	13
III. Objectifs de l'étude .....	14
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>15</b>
I. Déroulement de l'étude.....	15
A. Type d'étude.....	15
B. Période.....	15
C. Fonctionnement.....	15
D. Création du questionnaire en quatre parties .....	16
II. Caractéristiques sociodémographiques.....	17
III. Fonctions managériales.....	18
IV. Questionnaire NWI-EO modifié.....	19
V. Echelle HAD .....	21
VI. Charge mentale et sensation de « bien-être ».....	21
VII. Analyses statistiques.....	22
<b>Résultats .....</b>	<b>23</b>
I. Flow chart .....	23
II. Description et caractéristiques de la population .....	25
A. Caractéristiques personnelles .....	25
B. Caractéristiques professionnelles.....	27
C. Caractéristiques managériales .....	28
a) Conditions d'exercice .....	28
b) Capacités de soins de l'UF.....	31
c) Effectifs et absentéisme .....	32
d) Organisation du travail.....	33
i. <i>Changement de matériel défectueux .....</i>	<i>33</i>
ii. <i>Négociation de l'organisation de travail avec les médecins.....</i>	<i>33</i>
iii. <i>Soutien de la hiérarchie dans l'adaptation du travail .....</i>	<i>34</i>
iv. <i>Informations nécessaires à l'organisation des plannings.....</i>	<i>34</i>
e) Gestion du planning .....	35

f) Organisation dans l'UF .....	36
g) Relationnel et reconnaissance .....	37
D. Contraintes psycho-sociales et organisationnelles .....	39
E. Anxiété et dépressivité .....	40
F. Charge mentale .....	41
G. Echelle numérique « Bien-être » .....	43
H. Analyse qualitative (verbatim) .....	43
1. Fonction mal-définie .....	44
2. Reconnaissance au travail .....	44
3. Exigences du travail .....	45
4. Reproches concernant l'équipe .....	47
5. Autonomie et marge de manœuvre .....	47
6. Commentaires positifs .....	48
III. Etude des associations avec le score HAD anxiété et dépressivité .....	49
A. En fonction du score HAD anxiété > 10 .....	49
B. En fonction du score HAD dépressivité > 10 .....	52
<b>Discussion .....</b>	<b>54</b>
I. Résultats principaux .....	54
A. Caractéristiques socio-professionnelles .....	54
B. Caractéristiques managériales .....	54
C. Schémas Organisationnels .....	58
D. Charge mentale, anxiété et dépressivité .....	60
E. Conditions d'exercice et reconnaissance .....	61
II. Critique de notre travail .....	63
III. Préconisations en matière de bien-être au travail .....	65
<b>Conclusion .....</b>	<b>67</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>70</b>
Annexe 1 : Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé .....	70
Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête .....	75
Annexe 3 : Courrier explicatif joint au questionnaire .....	83
Annexe 4 : Tableau regroupant les commentaires libres de la population sondée .....	84
Annexe 5 : Mode de calcul des scores de contraintes de chacune des dimensions évaluées par le NWI-OH .....	88
Annexe 6 : Fiche métier cadre de santé .....	89

## RESUME

**Contexte :** Les établissements de soins sont confrontés aux exigences d'une logique gestionnaire. Directement concernés, les cadres de santé sont tenus de mettre en œuvre des réformes et directives qui entraînent souvent une réduction des moyens. Il s'agit d'une population à risque d'anxiété et de dépression.

**Méthode :** Un auto-questionnaire était distribué de Juillet à Septembre 2014 à l'attention des cadres de santé, des faisant-fonction et des cadres supérieurs du CHRU de Lille et évaluait les caractéristiques socio-professionnelles, managériales, organisationnelles, l'anxiété, la dépressivité et le bien-être au travail.

**Résultats :** Cent cinquante cadres ont été inclus. Près de 90% de la population déclaraient avoir des amplitudes horaires régulièrement supérieures à 8 heures. La population présentait un score médian d'anxiété au-dessus du score d'alerte de l'échelle HAD (8), et présentait un score médian de dépressivité à 4. Les cadres en majorité n'avaient pas le sentiment d'être compris et reconnus par la communauté médicale et la hiérarchie institutionnelle. Le travail quotidien à domicile (e-mail, planning), le temps passé pour l'élaboration des plannings, le nombre de rappels effectués et la méconnaissance de la fonction par les acteurs hospitaliers étaient des facteurs de risque d'un état anxieux ou dépressif de la population. L'activité physique, le soutien de la hiérarchie, les relations avec les différents acteurs hospitaliers, la reconnaissance de l'équipe étaient des facteurs protecteurs d'un état anxieux ou dépressif.

**Conclusion :** La population des cadres hospitaliers est une population à risque qu'il convient de suivre, en les accompagnant. Les préconisations principales sont : le soutien effectif de l'administration dans le quotidien du cadre (renforcement de la marge de manœuvre et écoute active), l'amélioration des échanges de pratique et l'aide pour certaines tâches (plannings et rappels d'agents).

## INTRODUCTION

Les écrits autour du stress professionnel à l'hôpital se multiplient. Ils nous invitent à considérer les mutations de notre société et en particulier du monde du travail dans le domaine de la santé. Ces changements concernent tout autant les institutions publiques que privées et placent l'individu face à de nouveaux défis : augmentation de la charge de travail, accroissement de l'information à gérer, difficultés face aux rapports sociaux devenus plus individualistes, à la diminution de l'affirmation identitaire dans sa profession, aux restrictions budgétaires, ainsi qu'aux exigences de performance et de rentabilité (1).

Selon la dernière enquête de l'ANACT(2), plus de 40 % de Français disent être stressés dans leur travail. Ce taux s'élève à 60 % pour la catégorie professionnelle des cadres.

La position structurelle des cadres est au confluent d'une hiérarchie avec des impératifs de gestion rigoureux et d'une équipe soumise à une augmentation de la charge de travail. Cette position les conduit à exercer leurs fonctions dans des situations difficiles et soumises à des tensions contraires face auxquelles ils doivent constamment s'efforcer de maintenir l'équilibre.

L'hôpital public n'est pas à l'abri de ces contraintes, soumis à des réformes successives. Ces dernières mettent à mal les personnels des hôpitaux, et en premier lieu les équipes encadrantes, qui doivent s'assujettir à l'application de ces modifications de modèles structurels et économiques. Dans la littérature, les travailleurs de la santé dont font partie les cadres de santé, ont une prévalence de troubles mentaux supérieure à la population générale (3) (4).

Au sein du service de médecine du travail du personnel hospitalier du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, les médecins ont constaté une

augmentation des demandes d'aide, de soutien psychologique de la part des cadres de santé.

Face à ces difficultés exprimées par les cadres de l'hôpital, nous avons voulu dans ce travail, évaluer le niveau d'anxiété et de dépressivité de ceux-ci et leurs contraintes psycho-sociales et organisationnelles. Nous étudierons les liens possibles entre les contraintes étudiées et les répercussions sur l'anxiété et la dépression de ces cadres. L'objectif étant de proposer des recommandations pour développer le bien-être de ces managers.



# I. Les cadres de santé

## A. Historique de la profession

Le savoir médical et l'organisation du soin à ses origines, relève des congrégations religieuses. Les hôpitaux se trouvent étroitement liés à la religion puisqu'ils sont fondés par l'Église et administrés par des membres du clergé. C'est l'ancêtre de la surveillante qui joue le rôle d'encadrement : la supérieure (5).

Plus tard, au XIXème siècle, deux modèles d'encadrement prévalaient en France. Le premier est issu de la congrégation des filles de la charité créée par Saint Vincent de Paul en 1617. Pour ces « filles » là, la fonction d'encadrement au sein des établissements de soins de l'époque, devient de plus en plus prépondérante sur les soins au fil des siècles. Elles encadrent, surveillent les infirmiers, les cuisines, les celliers, les buanderies et les lingeries des hôpitaux (6).

Le second modèle dominait dans les établissements lyonnais où le religieux et le laïc cohabitaient plus volontiers. Encore appelée « Cheftaine des novices », les mères novices avaient un rôle de surveillance, de direction et de transmission d'informations à l'administration sur les capacités des nouvelles venues à devenir de bonnes hospitalières.

A la fin du XIXème siècle, la révolution pasteurienne se faisant, l'approche de la maladie nécessite de plus en plus de technicité, elle-même de plus en plus perfectionnée. Les premières écoles d'infirmières sont créées, et avec elles apparaissent les auxiliaires médicales. Cette apparition dans les hôpitaux va ouvrir le débat entre personnels laïcs et religieux (7). Ainsi, de par cet échec, les religieuses confisquent les clés de l'encadrement, et leur rôle ne se résume qu'à surveiller et punir. Cependant, les fervents défenseurs d'un encadrement laïc, issu des écoles d'infirmières, persistent dans leur affrontement avec les congrégations qui estiment

que la fonction d'encadrement et la fonction soignante ne sont pas compatibles. On voit déjà émerger l'idée dichotomique entre la fonction soignante (à savoir aider l'autre) et la fonction cadre (diriger l'autre).

Plus tard en 1938, à l'initiative de l'ANIDE (Association Nationale des Infirmiers Diplômés d'Etat), un décret (du 18 Février 1938) prévoyait un diplôme (diplôme supérieur d'infirmière hospitalière) qui permettait d'exercer des « fonctions de responsabilité ». Mais les événements de l'année suivante firent capoter son application.

Après la guerre, et avec l'essor de l'antibiothérapie et des techniques d'exploration toujours plus novatrices, l'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité. Les infirmières s'approprient de nouvelles compétences médicales. Cette hypertechnicité hospitalière entraîne de facto à la fois l'évincement progressif des religieuses pour qui le seul sentiment chrétien de charité et les maigres connaissances médicales ne suffisent plus, et par ailleurs une hiérarchisation professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. Soucieuse du bon fonctionnement du service, la surveillante voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle (8). La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif.

Ainsi, jusqu'en 1951, une infirmière pouvait devenir « surveillante » après sept ou huit années de bons et loyaux services hospitaliers, sans justifier d'une formation complémentaire sanctionnée par un diplôme ou un certificat. Le plus souvent très bon « chef d'équipe », la « surveillante » continuait d'exercer des fonctions d'infirmière au lit du patient. Cette infirmière pouvait également exercer dans les écoles d'infirmières de façon permanente ou comme intervenante dans l'enseignement essentiellement « pratique ». En 1951, la Croix rouge propose de

mettre en place deux programmes d'études destinés aux infirmières diplômées d'Etat et la création d'un institut, mais le successeur de l'ANIDE, l'ANIIDE s'oppose au projet craignant que cet institut ne tombe dans le giron de l'Education Nationale plutôt qu'être sous l'égide du Ministère de la Santé. Toutefois, en 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice (5).

Dans les années qui suivirent, « l'infirmière surveillante », parfois désignée sous le terme de « major », devint progressivement « surveillante », « cadre », puis en 1975 (9) « cadre de santé », « cadre de proximité »... sans que soit toujours nettement clarifié ce que recouvraient ces dénominations.

Dans le même temps, les « écoles d'infirmières », devenues « instituts de formation en soins infirmiers » (IFSI) accueillirent des « répétitrices », des « monitrices », des « enseignantes », des « formateurs », des « cadres pédagogiques »...dénominations également floues dans l'esprit de beaucoup de professionnels ainsi nommés. Depuis les programmes de formation se sont succédés, jusqu'à aboutir au décret du 18 août 1995 (n°95-926) portant création d'un diplôme cadre de santé. Les professions paramédicales (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, préparateur en pharmacie, pour ne citer qu'elles) qui avaient chacune leur formation cadre spécifique sont désormais réunies sous une formation commune. L'encadrement dans les milieux de soins tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion. Avec ce décret de 1995 et la création de ce diplôme de cadre de santé, la profession s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique et à la notion de qualité. Et les derniers décrets parus dernièrement vont dans ce sens.

Ouverte sur la vie et la société, la fonction « cadre de santé » implique en effet la double capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction d'encadrement et d'enseignement.

## **B. Epidémiologie**

D'après le répertoire ADELI (2009), 8,5 % des infirmiers en activité sont aujourd'hui spécialisés et 2,7 % d'entre eux exercent la fonction de cadre de santé. On compte ainsi quelques 24 000 professionnels diplômés dans cette spécialité (10). Les cadres de santé peuvent exercer dans un service de soins au sein d'un établissement de santé ou enseigner dans un institut de formation en soins infirmiers.

## **C. Formation**

### **1. Conditions d'inscription à la formation**

Le concours de cadres de santé pour la filière infirmière est ouvert à tout titulaire d'un diplôme d'état d'infirmier, de puériculture, d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire ou d'un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Le candidat doit justifier de quatre ans (cinq ans dans la fonction publique) d'exercice effectif à temps plein de la profession au premier janvier de l'année des épreuves de sélection (11).

## **2. Epreuves du concours**

Une épreuve d'admissibilité écrite est réalisée.

L'épreuve écrite et anonyme de quatre heures consiste en un commentaire d'un texte sur un sujet d'ordre sanitaire et social, et a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit.

Puis les candidats admissibles soutiennent une épreuve orale d'admission (9).

Les membres du jury sont : Le directeur de l'établissement organisateur du concours ou son représentant, Président ; un membre des corps de personnels de direction ; un directeur des soins ; un cadre de santé ; le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant (12).

## **3. Contenu théorique et pratique de la formation**

### **a) Formation théorique**

Elle se compose de six modules.

Le module 1 est intitulé : « Initiation à la fonction de cadre ».

Il a pour objectif de 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. Il identifie le rôle et les missions du cadre et donne l'occasion de découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises. Les techniques pour communiquer efficacement y sont abordées.

Le module 2 initie les cadres en formation à la santé publique.

Le module 3 appréhende la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs et donne des outils afin d'être capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel, de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis.

Le module 4 aborde la fonction d'encadrement. L'enseignement traite de la place et du rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale.

Le module 5 (« Fonction de formation ») donne les bases des techniques pédagogiques afin d'optimiser la formation des étudiants et du personnel.

Le Module 6, obligatoirement effectué en fin de formation, est un module plus généraliste avec pour objectifs d'approfondir les fonctions d'encadrement et de formation professionnels.

## **b) Formation pratique**

D'une durée totale de 13 ou 15 semaines, soit 130 ou 150 demi-journées, selon le projet pédagogique de l'institut, elles peuvent être effectuées en continu ou en discontinu et doivent être organisées en cohérence avec les enseignements théoriques. Il s'agit du stage de « faisant-fonction ».

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 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 (9).

### **c) Master Ingénierie et Management de la santé**

En parallèle, les cadres en formation peuvent suivre cet enseignement complémentaire soit dans le cadre d'une année préparatoire à la formation Cadre de Santé, soit à l'occasion d'une session d'été.

## **D. Missions**

Elles sont explicitées dans l'annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 Février 1990 (13). Elles sont regroupées également dans la fiche-métier nationale, reproduite en annexes (Annexe 6).

Le cadre de santé se voit confier des fonctions d'organisation des activités de soins, de management des ressources humaines et de gestion économique, de formation et de recherche. Il exerce au sein d'une unité fonctionnelle de soins ou auprès d'un groupe de professionnels. Il a comme principale mission l'organisation et l'évaluation de la bonne dispensation des soins infirmiers, en lien avec des objectifs d'établissement ou un projet médical. Il collabore étroitement avec l'équipe dont il est responsable et dont il assure l'animation, sous l'autorité du directeur des soins.

Ainsi, ces activités sont décrites par ces quatre axes :

- L'axe technique (organisation du soin et évaluation de la qualité)
- L'axe de l'information hiérarchique et/ou transversale
- L'axe de la relation et de la communication
- L'axe de la contribution économique et de l'efficience

## **E. Cadres supérieurs de santé**

Le référentiel de cadre de santé de pôle se construit sur la base du cadre de santé de secteur, à qui il est ajouté une mission de management et d'animation correspondant au pôle.

Leur rôle est de coordonner globalement les soins ou les activités au niveau des pôles :

- organisation globale des activités dans les pôles,
- encadrement et animation de l'équipe des cadres de santé,
- optimisation du séjour des patients ou des activités, dans le respect des contraintes de sécurité, de qualité, etc.
- optimisation de l'utilisation des moyens et équipements (ex. mutualisation du plateau technique),
- traduction des projets d'établissement et de pôles au niveau des équipes et définition des plans d'action.

Le cadre de santé de pôle peut superviser jusqu'à 20 cadres de proximité dans certains pôles.



## F. Liens hiérarchiques et fonctionnels

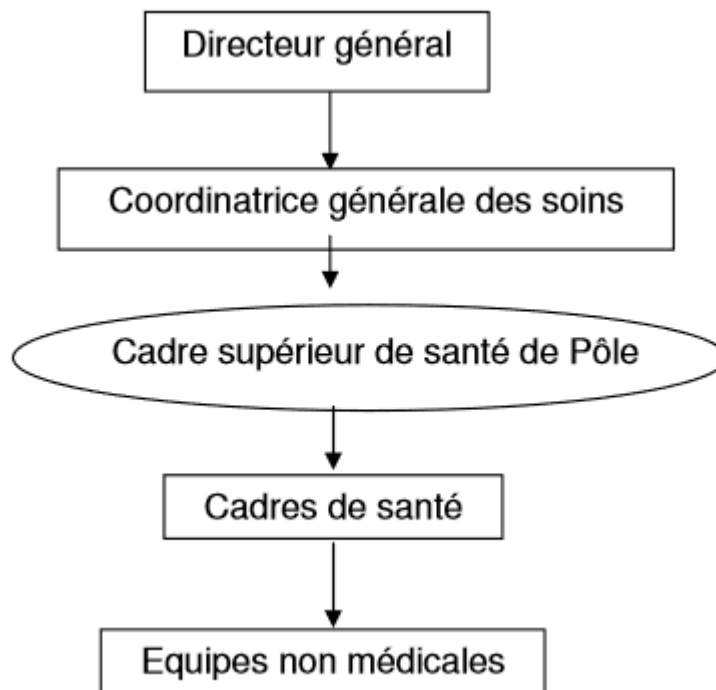


Figure 1 : Liens avec la hiérarchie

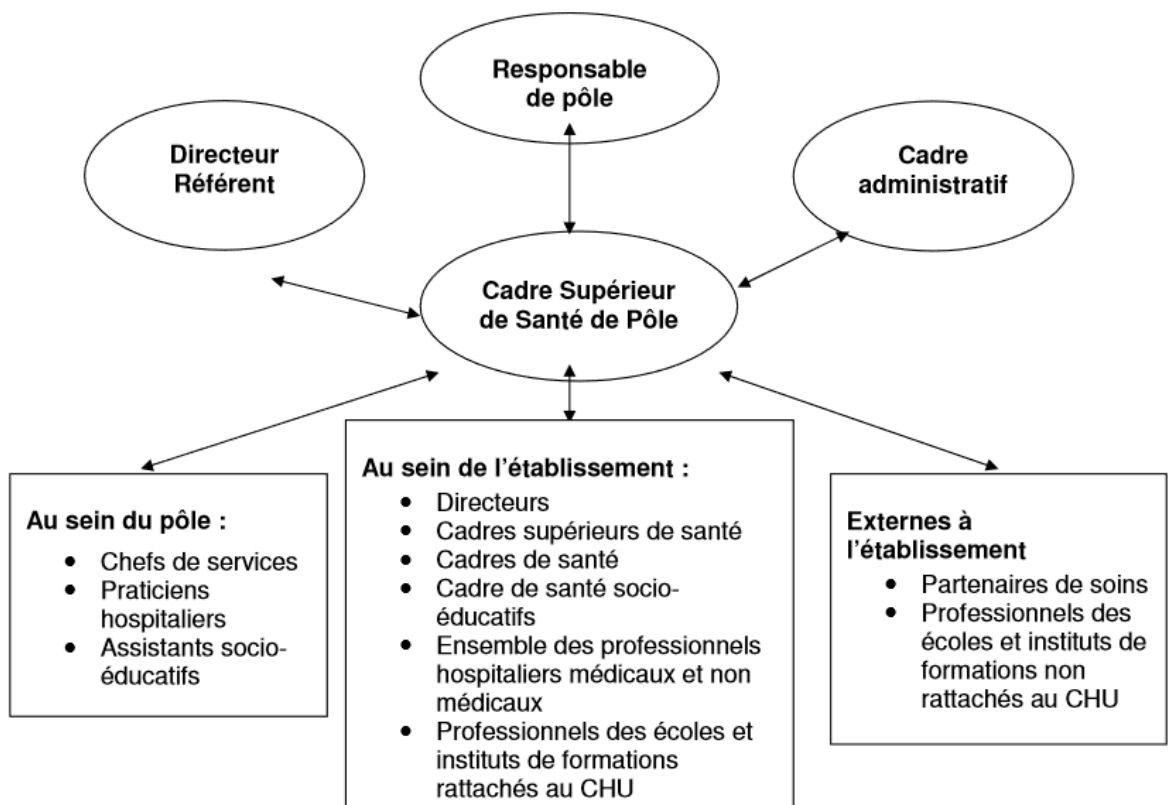


Figure 2 : Liens fonctionnels

## **II. Les contraintes psycho-sociales et organisationnelles (CPO)**

La réaction de « stress » est une réponse adaptative à une situation nouvelle, inconnue, à une contrainte ou une « pression » de la part de son environnement. Pour éviter les conséquences négatives de cette réponse sur le bien-être, des stratégies d'adaptation sont mises en place.

Les cadres de santé sont concernés par cette problématique dans la mesure où ils doivent faire face depuis plus de cinquante ans à de nombreuses réformes qui ont bouleversé la sphère hospitalière (les « 35 heures », la tarification à l'activité, la Loi HPST notamment).

La dernière Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST(14) a pour objectif de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année, après l'échec de la réforme de 2002.

Les cadres de santé, en tant que gestionnaires d'une UF, d'un pôle, doivent répondre à cette nouvelle politique. Tendus entre l'utilisation optimale des ressources allouées, la qualité du soin et son organisation et le souci de l'économie et de l'efficacité, le cadre de santé se retrouve dans une situation particulièrement délicate.

Selon l'enquête PRESST-NEXT, réalisée en 2002, qui avait pour but d'étudier les raisons, les circonstances et les conséquences qui participaient à la décision de départs prématurés de la profession soignante, la situation avant la promulgation de

la Loi « HPST » et avant la nouvelle gouvernance étaient déjà préoccupante. L'enquête sondait 4 898 soignants, dont 339 cadres de santé.

Plus de 10% des cadres de santé n'étaient pas fiers de leur métier, 27% étaient insatisfaits de leurs conditions de travail, 58% étaient insatisfaits du soutien psychologique au travail, 42% n'étaient pas satisfaits du poste en général et plus de 50% pensaient à quitter leur profession au moins plusieurs fois par an dont près de 8% y pensaient au moins plusieurs fois par semaine (15).

### **III. Objectifs de l'étude**

Ils sont de quatre types :

- Déterminer les contraintes psycho-sociales et organisationnelles des cadres de santé et des cadres supérieurs du CHRU de Lille.
- Evaluer le niveau d'anxiété et de dépressivité de ces mêmes agents.
- Identifier des facteurs en lien avec le niveau d'anxiété et de dépressivité.
- Formuler des recommandations en matière de bien-être au travail pour cette population.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Déroulement de l'étude**

#### **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale monocentrique. Le but est de décrire l'état de santé et des contraintes psychosociales et organisationnelles d'une population de cadres et cadres supérieurs de santé. Le recueil est ponctuel.

#### **B. Période**

Le questionnaire a été envoyé par courrier en Juillet 2014. Une relance a été effectuée par courrier électronique en Septembre 2014. La fin du recueil a été décidée au 30 Septembre 2014.

#### **C. Fonctionnement**

L'étude concerne l'ensemble des cadres de santé, des faisant fonction de cadre et des cadres supérieurs de santé sur l'ensemble des sites du CHRU de Lille au 11 Juillet 2014. Cette population correspond à 260 agents.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : cadres de santé, faisant fonction de cadre, cadres supérieurs de santé présents dans les effectifs du CHRU de Lille au 11 Juillet 2014.

Les critères d'exclusion étaient : cadres des services administratifs, cadres pédagogiques de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers).

Afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses, une enveloppe contenant le questionnaire, un courrier explicatif (Annexe 3) et une « enveloppe retour » a été adressée dans les services respectifs des 260 sujets de l'enquête.

Les sujets avaient jusqu'au 15 Septembre 2014 pour retourner le questionnaire avec « l'enveloppe retour » au service de MTPH (Médecine du travail du Personnel Hospitalier) du CHRU de Lille.

#### **D. Création du questionnaire en quatre parties**

Ce questionnaire (reproduit en Annexe 2) a été élaboré en plusieurs temps. Il est composé de quatre parties. La première s'intéresse aux caractéristiques socio-professionnelles. La seconde partie s'interroge sur les fonctions managériales des cadres. Elle s'inspire d'un questionnaire nommé « Contraintes psychologiques et organisationnelles au travail et santé chez les personnels soignants » et distribué aux cadres de santé dans le cadre de l'étude ORSOSA (16). La troisième partie est un questionnaire appelé NWI-EO (Nursing Work Index) IDE, distribué dans le cadre de l'enquête ORSOSA pour les infirmières, réadapté pour ce travail afin qu'il soit destiné aux cadres de santé, aux faisant-fonction de cadre et aux cadres supérieurs. La 4<sup>ème</sup> et dernière partie évalue le niveau d'anxiété et de dépressivité par une échelle HAD.

A la fin de questionnaire, un item « commentaires libres » était présent afin de rendre compte de problématiques non évoquées par le questionnaire. Le questionnaire était anonyme.

Le questionnaire a fait l'objet de remaniements après avoir été soumis aux avis successifs d'une cadre formatrice de l'IFSI du CHRU de Lille expérimentée dans les fonctions d'encadrement en secteur de soins, et d'une directrice des soins du CHRU de Lille.

L'inclusion des cadres médico-techniques (et notamment les cadres exerçant en laboratoire) ayant été décidée secondairement, quelques items du questionnaire ont été modifiés avec le médecin du travail en charge des secteurs de laboratoire.

Ce questionnaire a été présenté en amont à la Direction des Ressources Humaines du CHRU de Lille et à la Direction Générale des Soins.

## **II. Caractéristiques sociodémographiques**

La situation personnelle a été évaluée par les variables sexe, âge, nombre d'enfants à charge, activité physique, temps de trajet domicile - travail.

Remarque : Il s'agissait du temps du trajet aller, et non du temps cumulé aller-retour.

La situation professionnelle a été évaluée par les variables fonction, poste antérieur au CHRU de Lille, ancienneté dans la fonction, temps de travail.

### III. Fonctions managériales

Les conditions d'exercice ont été évaluées par les variables ancienneté dans l'affectation actuelle, cadre de nuit fixe, amplitudes horaires supérieures à 8 heures par jour, travail à domicile, nature du travail à domicile.

La capacité de soins de l'UF a été évaluée par le nombre de lits en responsabilité, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour.

La gestion de l'effectif et de l'absentéisme a été évaluée par le nombre de personnes en responsabilité, le nombre d'ETP en responsabilité, l'équivalent en jour par an de l'absentéisme non-remplacé, le remplacement d'un collègue cadre sur poste vacant, l'annulation de formations pour le personnel pour raison de service, l'annulation de visites en médecine du travail pour raison de service.

L'organisation du travail a été évaluée par les affirmations suivantes (soumises à une échelle de Likert) : Il vous est facile de changer le matériel défectueux en un temps satisfaisant ; le cadre a la possibilité de négocier avec les médecins une organisation du travail ; la hiérarchie vous soutient dans vos demandes d'adaptation de l'organisation de travail ; les informations nécessaires à l'organisation des plannings prévisionnels vous arrivent en temps utile.

La gestion des plannings a été évaluée par le niveau de participation des agents à l'élaboration des plannings, le nombre d'heures par semaine passé pour l'élaboration des plannings, la possibilité d'ajuster la charge de travail à l'effectif présent dans l'unité, le nombre de rappels sur repos, RTT ou récupération fait par semaine, le nombre de dépannage pour une autre UF en sous-effectif par mois, le nombre d'heures par semaine passé pour modifier les plannings.

L'organisation dans l'UF a été évaluée par le nombre d'heures par semaine passé avec les équipes sur le terrain et sur le fait que le poste occupé était pourvu avant l'arrivée.

Enfin, les relations avec les corps de métiers CGS (Coordination Générale des Soins), cadres de santé du pôle, communauté médicale, cadres supérieurs du pôle et équipe soignante ont été évaluées. Le sentiment de recevoir de la reconnaissance de la part de l'équipe et l'aide apportée par les organisations syndicales dans le quotidien de cadre ont été évalués.

#### **IV. Questionnaire NWI-EO modifié**

L'échelle utilisée est l'échelle NWI-EO, utilisée pour le protocole ORSOSA, dont les items ont été modifiés pour s'adresser à la population cadre cible.

La méthode ORSOSA repose sur une cohorte épidémiologique de plus de 4000 IDE et AS de 210 unités de soins appartenant à sept Centres Hospitaliers Universitaires français. A partir de cette cohorte prospective conduite chez des IDE et AS, le questionnaire de mesure des CPO a été validé.

Les résultats des réponses aux différents items permettent d'obtenir des scores pour 8 dimensions grâce à une échelle de Likert (de fortement d'accord scoré à 1 à fortement en désaccord scoré à 4 pour chaque item) :

- Organisation qui permet la communication: scorée de 5 (l'organisation permet la communication) à 20 (l'organisation ne permet pas la communication).
- Soutien de la hiérarchie : scoré de 3 (Soutien de la part de la hiérarchie) à 12 (Manque de soutien de la hiérarchie).



- Effectif suffisant dans le service/le pôle : scoré de 2 (Effectif suffisant dans le service/le pôle) à 8 (Effectif dans le service/le pôle pas suffisant).
- Relation au sein de l'équipe : scorée de 3 (L'organisation permet des discussions au sein de l'équipe) à 12 (L'organisation permet difficilement des discussions au sein de l'équipe).
- Interruptions dans le travail : scorées de 3 (Très souvent interrompu) à 12 (peu d'interruption dans le travail).
- Partage des mêmes valeurs de travail : scoré de 2 (L'équipe partage les mêmes valeurs de travail) à 8 (L'équipe a des divergences sur les valeurs de travail).
- Soutien de l'administration: scoré de 2 (Soutien de la part de l'administration) à 8 (Pas de soutien de l'administration).
- Organisation qui permet le respect des congés: scorée de 2 (L'organisation permet le respect des congés) à 8 (Difficultés pour prendre ses congés).

Toutes ces dimensions ont été rapportées sur un scoring de 15 (voire Annexes 5 pour les formules de calcul). Un indicateur d'alerte a été décidé pour chaque dimension. Les valeurs seuil indiquées sont celles proposées par les investigateurs de l'étude (200 unités fonctionnelles étudiées en France) pour les IDE et AS, correspondant au 75<sup>ème</sup> percentile.(16)

## V. Echelle HAD

Il s'agit d'un instrument largement utilisé dans le dépistage des troubles dépressifs et anxieux en milieu non psychiatrique. De nombreuses études ont montré une bonne sensibilité et spécificité de cette échelle chez des sujets présentant des troubles de type anxieux ou dépressif et non pas seulement une symptomatologie anxio-dépressive. (17)

Cette échelle se compose d'un questionnaire de 14 items (sept pour les symptômes anxieux et sept pour les dépressifs) cotés de 0 à 3. Chaque sous-échelle est cotée sur 21 points. En se basant sur les dernières données de la littérature, un score supérieur à dix caractérise un état anxieux ou dépressif très probable. (18)

## VI. Charge mentale et sensation de « bien-être »

La charge mentale a été évaluée par les affirmations suivantes (soumises à une échelle de Likert) : Je suis en difficulté vis-à-vis de la détresse psychologique de l'équipe ; je suis en difficulté vis-à-vis des conflits dans l'équipe ; j'ai le sentiment que ma fonction est méconnue. La consommation d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs a été évaluée.

La sensation de bien-être dans les fonctions a été évaluée par l'intermédiaire d'une échelle numérique. Les sujets devaient répondre à la question « Vous sentez-vous bien dans vos fonctions ? » en cotant leur avis de un (je me sens extrêmement mal dans mes fonctions) à dix (je me sens très bien dans mes fonctions).

## VII. Analyses statistiques

La saisie des données avec masque de saisie s'est faite via le logiciel EPI DATA.

L'analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel EPI ANALYSIS.

Les variables qualitatives sont décrites en fréquence grâce à une analyse de fréquence. Le croisement de deux variables a été réalisé grâce à un tableau dynamique croisé.

Les variables quantitatives sont décrites grâce au calcul des moyennes, des médianes, des écarts-type. Les tests de significativité ont été réalisés avec le test du  $\text{Khi}^2$ .

Les associations de variables ont été réalisées avec le logiciel SAS version 9.4 grâce à une analyse bivariée et à des modèles de régressions logistiques, afin de déterminer des Odds Ratios. Les données ont également été ajustées sur l'âge et le sexe.

Le seuil de significativité statistique retenu est de 0,05.

## RESULTATS

### I. Flow chart

L'ensemble des cadres de santé, faisant fonction et cadres supérieurs de santé en milieu de soins avait été contacté pour participer à l'étude (n = 255). Il a été décidé d'y inclure également les cadres des secteurs Pharmacie et Laboratoires (n = 27). Enfin, les cadres des secteurs administratifs ont été exclus (n = 22).

Au total, 260 questionnaires ont été transmis par courrier interne à la population incluse le 11 Juillet 2014. Au 08 Septembre 2014, 126 questionnaires avaient été retournés. Une relance a été effectuée ce même jour à l'ensemble de la population incluse par courrier électronique (questionnaire en pièce jointe). La fin du recueil a été arrêtée au 30 Septembre 2014. Au total, 150 questionnaires ont été retournés (Taux de réponse = 58 %) (Figure 3).

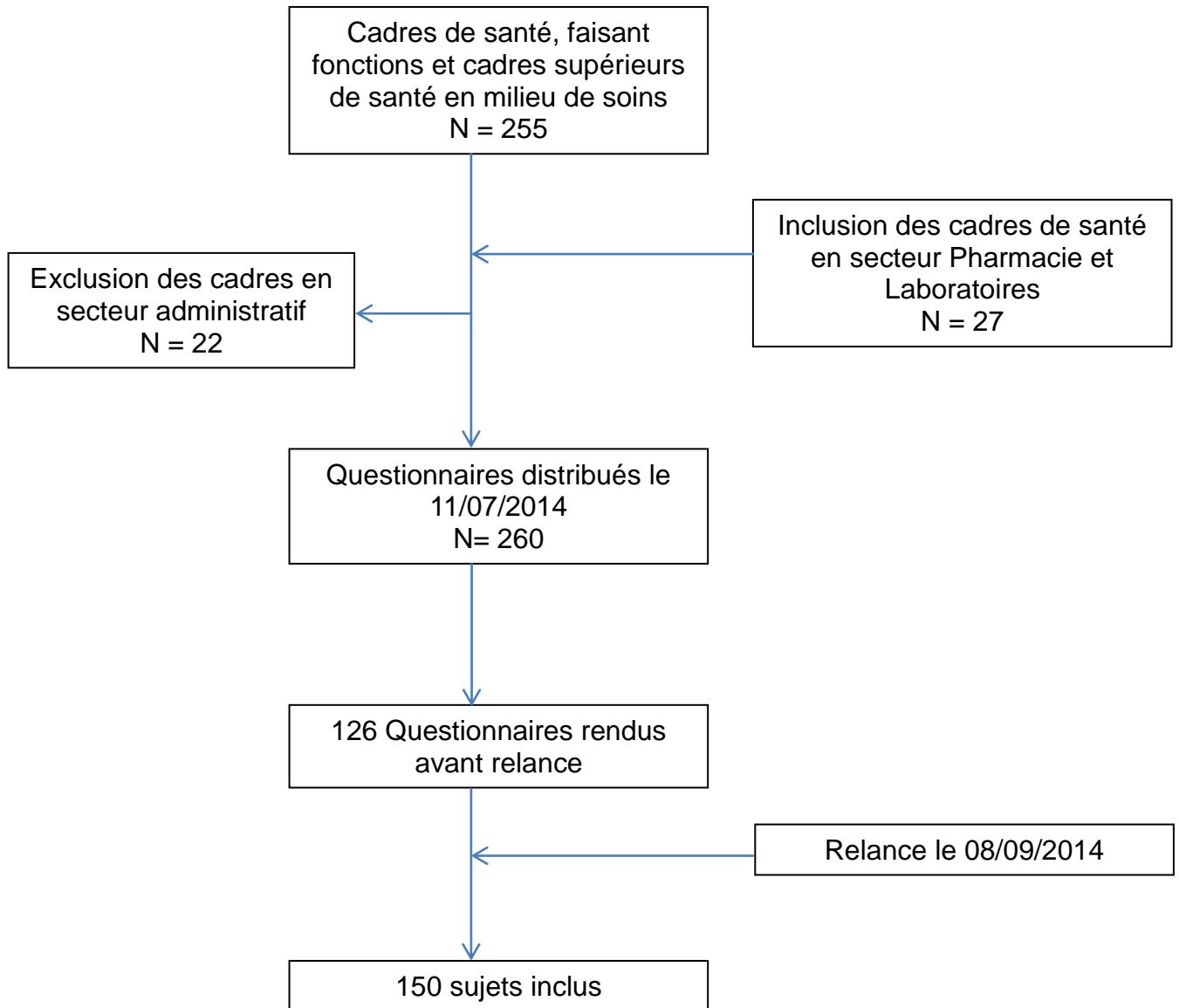


Figure 3 : Flow chart

## II. Description et caractéristiques de la population

### A. Caractéristiques personnelles

On observait une nette prédominance féminine dans la population étudiée, avec un Sex Ratio avoisinant quatre femmes pour un homme soit 77,3% de femmes.

La moyenne d'âge était de 46,4 ans (Ecart-type = 8,1 ans) et la médiane de 47 ans. La moyenne d'âge est significativement plus élevée chez les cadres supérieurs de santé que chez les autres fonctions, cette moyenne est également plus élevée chez les cadres de santé que chez les faisant-fonction (respectivement 54,9 ans Ecart-type = 4,9 ; 46,9 ans Ecart-type = 7,2 ; 38,1 ans Ecart-type = 5,6 ;  $p < 0,001$ ).

Quarante-huit pourcents des participants déclaraient avoir au moins 2 enfants à charge. Ils étaient 70% à avoir au moins un enfant à charge.

Cinquante-six pourcents des cadres interrogés déclaraient pratiquer une activité physique ou sportive au moins une fois par semaine. Les cadres hommes pratiquaient plus volontiers une activité physique régulière puisque 65% d'entre eux pratiquaient une activité physique régulière alors que 53,2% des cadres femmes pratiquaient une activité physique régulière ( $p = 0,02$ ).

La moitié des participants déclarait avoir un trajet dit « court » (moins de 30 min). Pour l'autre moitié, le trajet déclaré était au moins supérieur à 30 minutes (Tableau 1).

Tableau 1 : Résultats statistiques descriptifs des caractéristiques personnelles

Caractéristiques personnelles		Faisant-fonction	Cadres de santé	Cadres supérieurs	Effectif total
Effectif (n)		28	100	22	150
Homme (%)		14,3	23,0	31,8	22,7
Age (ans)					
	Moyenne	38,1	46,9	54,9	46,4
	Ecart-Type	5,6	7,2	4,9	8,0
Nombre d'enfants (%)					
	1	25,0	19,2	27,3	21,3
	2	42,9	34,3	27,3	34,7
	3 ou plus	14,3	15,2	4,5	13,3
Activité physique (%)		59,3	55,2	54,5	56,0
Temps de trajet (%)					
	< 30 min	50,0	43,9	57,1	46,0
	30-60 min	50,0	50,0	42,9	48,0
	> 60 min	0,0	6,1	0,0	4,0

## B. Caractéristiques professionnelles

Parmi les répondants, nous avons 28 faisant-fonction de cadre, 100 cadres de santé et 22 cadres supérieurs (Tableau 1). La répartition était équivalente à la population sondée (sur les 260 cadres sondés, deux tiers étaient des cadres de santé de proximité).

Dans notre population, 80,7% des sujets avaient travaillé au CHRU de Lille avant leur prise de fonction dans l'encadrement.

La répartition par ancienneté était logique : les faisant-fonction de cadre avaient moins d'ancienneté (moins de deux ans d'ancienneté, durée de la formation) que les cadres supérieurs (Figure 4).

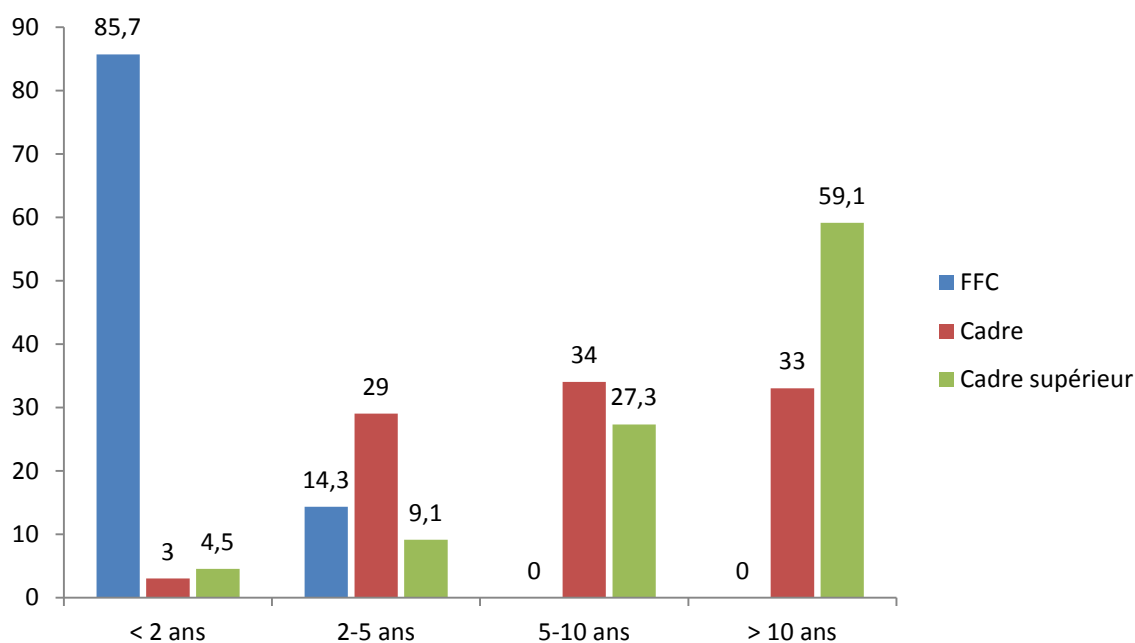


Figure 4 : Ancienneté dans la fonction d'encadrement par fonction (en pourcentage)



## C. Caractéristiques managériales

### a) Conditions d'exercice

Les effectifs s'amenuisaient avec l'ancienneté dans l'affectation (service ou pôle) actuelle. Ainsi 67,3 % des sondés avaient moins de 5 ans d'expérience dans leur service ou affectation actuelle. Les effectifs de la population cadre supérieur de santé tendaient à avoir des répartitions assez équivalentes dans chaque tranche d'ancienneté. La population de faisant-fonction était presque uniquement répartie dans la tranche inférieure à deux ans d'ancienneté (Figure 5).

Parmi les 150 réponses, 4 cadres de nuit ont déclaré être cadre de nuit fixe.

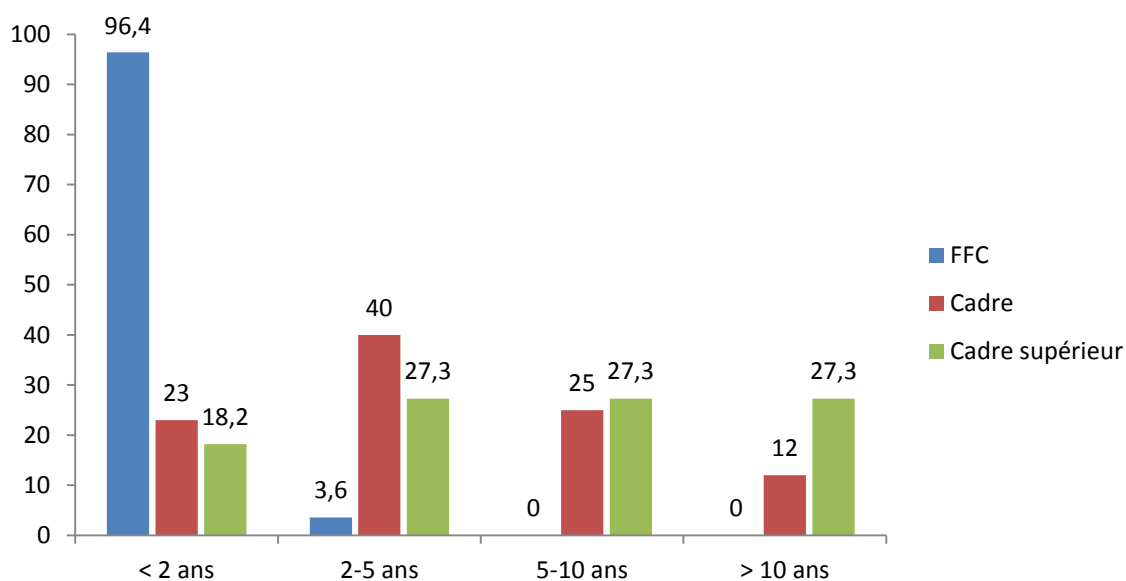


Figure 5 : Ancienneté dans l'affectation actuelle par fonction

Concernant les amplitudes horaires supérieures à 8 heures par jour, 89,3 % des cadres déclaraient avoir des amplitudes horaires supérieures à 8h régulièrement, c'est-à-dire au moins deux à trois fois par semaine. Et 10,7 % ne dépassaient jamais ou rarement 8h de temps de travail par jour. Près d'un tiers des répondants estimait dépasser toujours les 8h d'amplitude horaire par jour (Tableau 2).

Tableau 2 : Amplitudes horaires supérieures à 8h/jour toutes fonctions confondues.

Amplitude horaire supérieure à 8h/j	Effectif	Pourcentage
Jamais	2	1,3 %
Rarement (1 fois par semaine)	14	9,4 %
Régulièrement (2 à 3 fois par semaine)	45	30,2 %
Souvent (4 fois par semaine)	46	30,9 %
Toujours (5 fois par semaine)	42	28,2 %

Toutes fonctions confondues, les cadres consultaient souvent ou toujours leurs emails (près de 20% des cas) ou avaient des activités autres dans 24% (le plus fréquent étant la lecture de revue professionnelle) (Tableau 3).

Tableau 3 : Nature du travail à domicile toutes fonctions confondues.

Nature du travail à domicile	Jamais	Rarement ou Parfois	Souvent ou Toujours
Consultation d'e-mail	61,6 %	18,5 %	19,9 %
Planning	44,9 %	39,4 %	15,7 %
Lecture de dossier	23,1 %	59,2 %	17,7 %
Réalisation de projet	54,7 %	18,8 %	15,6 %
Autre	51,2 %	24,4 %	24,4 %

Tableau 4 : Amplitudes horaires supérieures à 8 heures par jour et nature du travail à domicile par fonction.

		jamais	rarement	régulier	souvent	toujours
Amplitude horaire > 8h/jour	FFC	3,6 %	7,1 %	50,0 %	21,4 %	17,9 %
	cadre	1,0 %	12,0 %	28,0 %	34,0 %	24,0 %
	cadre sup	0,0 %	0,0 %	13,6 %	27,3 %	<b>59,1 %</b>
Mails	FFC	<b>67,9 %</b>	7,1 %	10,7 %	10,7 %	0,0 %
	cadre	<b>64,0 %</b>	8,0 %	10,0 %	9,0 %	7,0 %
	cadre sup	31,8 %	9,1 %	9,1 %	18,2 %	<b>27,3 %</b>
Planning	FFC	35,7 %	7,1 %	39,3 %	17,9 %	0,0 %
	cadre	42,0 %	18,0 %	23,0 %	14,0 %	2,0 %
	cadre sup	<b>63,6 %</b>	18,2 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %
Dossier	FFC	28,6 %	3,6 %	42,9 %	17,9 %	0,0 %
	cadre	24,0 %	19,0 %	45,0 %	11,0 %	0,0 %
	cadre sup	9,1 %	9,1 %	36,4 %	<b>45,5 %</b>	0,0 %
Projet	FFC	21,4 %	3,6 %	57,1 %	14,3 %	3,6 %
	cadre	35,0 %	21,0 %	32,0 %	10,0 %	1,0 %
	cadre sup	13,6 %	4,5 %	45,5 %	31,8 %	0,0 %

Les cadres supérieurs avaient des amplitudes horaires toujours supérieures à 8 heures dans 59,1% des réponses.

Les cadres supérieurs avaient tendance à consulter d’avantage leurs mails à domicile, alors que les faisant fonction et les cadres travaillaient leurs plannings. La lecture de dossiers était plus courante chez les cadres supérieurs (Tableau 4).

La moyenne quotidienne de travail à domicile était de 1 h 09 min par jour.

## b) Capacités de soins de l'UF

Le nombre de lits en responsabilité était de 26,6 pour les faisant fonction et de 23,9 pour les cadres de santé.

Le taux d'occupation moyen toutes fonctions confondues était de l'ordre de 90%. Il n'y avait pas de différence significative entre fonctions ( $p = 0,34$ ).

La durée moyenne de séjour était respectivement de 14,7 jours pour les faisant fonction, 9,1 jours pour les cadres et 6,8 jours pour les cadres supérieurs de santé ( $p=0,32$ ) (Tableau 5). Les résultats de cette variable étaient à analyser avec réserve du fait d'un grand nombre de données manquantes.

Tableau 5 : Nombre de lits, taux d'occupation et durée de séjour en fonction de la fonction

Capacités de soins de l'UF	Faisants-fonction	Cadres de santé	Cadres supérieurs	
<i>Nombre de lits</i>				
Moyenne	26,6	23,9	67,3	
Ecart-type	19,6	15,8	33,3	$p < 0,001$
<i>Taux d'occupation (%)</i>				
Moyenne	91,2	87,9	89,3	
Ecart-type	6,9	8,9	2,2	$p = 0,34$
<i>Durée moyenne de séjour (j)</i>				
Moyenne	14,7	9,1	6,8	
Ecart-type	22,1	10,4	2,9	$p = 0,32$

### c) Effectifs et absentéisme

Concernant l'équivalent en jour par an de l'absentéisme non remplacé, la moyenne pour les faisant-fonction et les cadres était respectivement de 124,8 jours par an et de 170,9 jours par an. Les cadres supérieurs déclaraient une moyenne de 226,3 jours par an d'absentéisme non remplacé ( $p < 0,001$ ) (Tableau 6) (Nombre de données manquantes pour l'item : 89 sur 150 questionnaires).

Tableau 6 : Effectif et ETP gérés par fonction

Personnel géré et ETP	Faisant-fonction	Cadres de santé	Cadres supérieurs	
<i>Effectif du personnel géré</i>				
Moyenne	39,1	42,7	253,9	
Ecart-type	16,5	20,3	177,9	$p < 0,001$
<i>ETP gérés</i>				
Moyenne	33,0	37,1	221,7	
Ecart-type	13,4	15,8	154,5	$p < 0,001$

Parmi les répondants, 37% déclaraient avoir remplacé un collègue sur poste vacant lors des 6 derniers mois et 74% annulaient des formations du personnel pour « raison de service ».

Concernant l'annulation des visites médicales en médecine du travail du personnel hospitalier pour raison de service, sur les 149 réponses à cet item, 65 cadres répondaient qu'ils annulaient des visites pour raison de service, à savoir 43,6%.

**d) Organisation du travail**

**i. Changement de matériel défectueux**

Parmi la population cadre étudiée, 71 % répondaient être en désaccord ou fortement en désaccord concernant la facilité de changer le matériel défectueux dans un délai raisonnable (Figure 6).

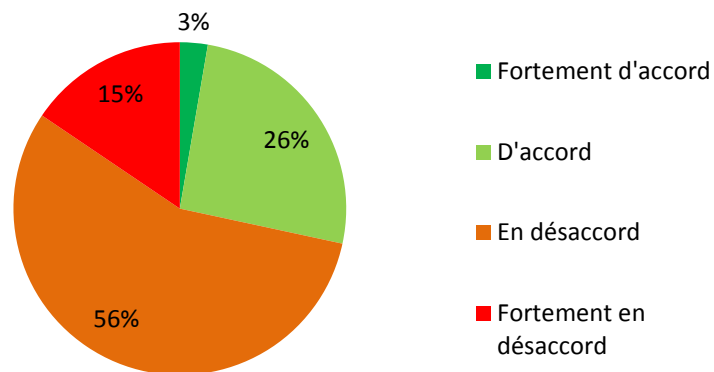


Figure 6: Facilité de changement du matériel défectueux en temps satisfaisant

**ii. Négociation de l'organisation de travail avec les médecins**

En ce qui concerne la possibilité de négocier l'organisation du travail avec les médecins ou les pharmaciens, 63 % estimaient être d'accord ou fortement d'accord avec cette affirmation (Figure 7).

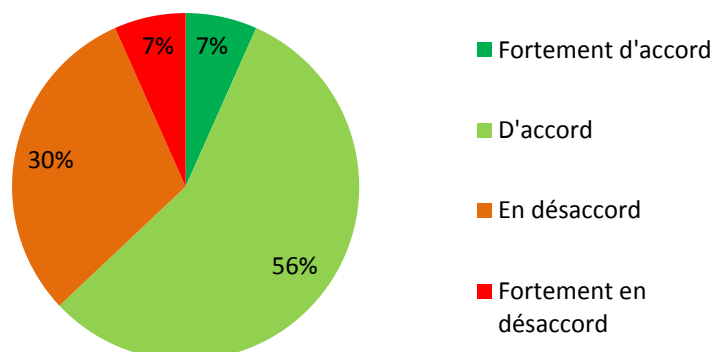


Figure 7 : Possibilité de négocier avec les médecins, les biologistes ou les pharmaciens une organisation de travail.

**iii. Soutien de la hiérarchie dans l'adaptation du travail**

Concernant les demandes d'adaptation ou de modification de l'organisation de travail, 88 % des cadres estimaient se sentir soutenus par leur hiérarchie (Figure 8).

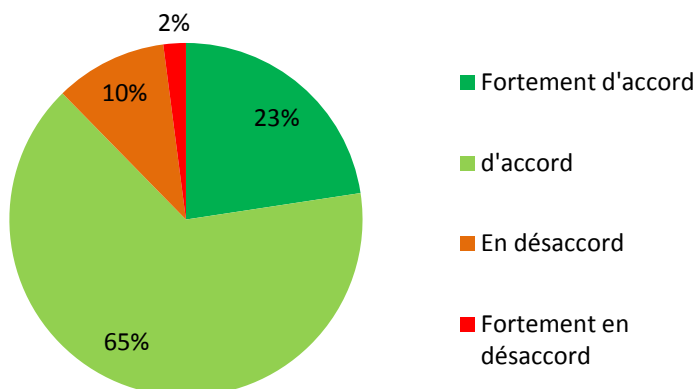


Figure 8 : Soutien de la hiérarchie concernant les demandes d'adaptation ou de modification de l'organisation de travail.

**iv. Informations nécessaires à l'organisation des plannings**

Plus de deux tiers des cadres estimaient obtenir les informations en temps utile concernant l'arrivée d'un professionnel en remplacement.

Près de deux tiers des cadres déclaraient ne pas obtenir les informations en temps utile concernant l'absence du personnel médical.

Plus de la moitié estimaient ne pas obtenir les informations en temps utile concernant l'absence du personnel non-médical (Tableau 7).

Tableau 7 : Informations nécessaires à l'organisation des plannings prévisionnels.

Informations nécessaires à l'organisation des plannings prévisionnels arrivant en temps utile.	Fortement d'accord	D'accord	En Désaccord	Fortement en Désaccord
<i>L'arrivée d'un professionnel en remplacement</i>				
Fréquence (%)	5,6	62,5	22,2	9,7
<i>L'absence médicale</i>				
Fréquence (%)	0	35,7	37,9	26,4
<i>L'absence du personnel</i>				
Fréquence (%)	1,4	44,4	38,2	16,0

### e) Gestion du planning

Concernant le niveau de participation des agents à l'élaboration des plannings, 32,6 % des cadres répondaient que le planning était imposé selon les roulements théoriques, 47,4 % consultaient les agents avant la rédaction du planning, enfin, 20% déclaraient que l'équipe auto-organisait le planning, avec validation finale par le cadre.

En moyenne, les cadres passaient 4 h 36 min par semaine pour l'élaboration des plannings prévisionnels (Ecart-type = 4,57, Min.=1, Max.=30).

Les cadres en majorité pouvaient réaliser un ajustement de la charge de travail en fonction de l'effectif (Figure 9):

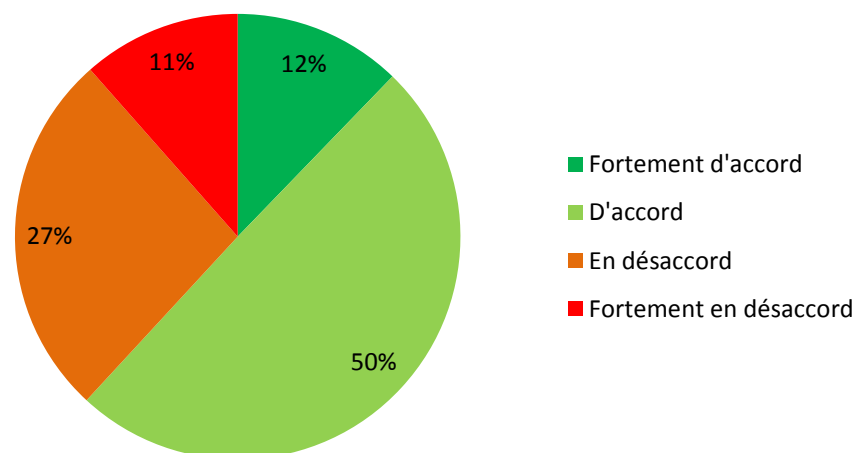


Figure 9 : Possibilité d'ajuster la charge de travail en fonction de l'effectif



Les faisant fonction de cadre effectuaient moins de rappels sur repos, RTT, récupération que les cadres et cadres supérieurs ( $p < 0,001$ ). Le nombre de dépannage d'une autre UF en sous-effectif ne montrait pas de différence statistiquement significative entre fonctions ( $p = 0,86$ ). Les cadres supérieurs passaient moins de temps à modifier les plannings, différence statistiquement non significative ( $p = 0,36$ ) (Tableau 8).

Tableau 8 : Autres variables concernant la gestion du planning

	Faisant fonction	Cadres	Cadres supérieurs	
<i>Nombre de rappels sur repos, RTT, récupération (n/sem)</i>				
Moyenne (Ecart-type)	2,1 (2,0)	6,4 (2,5)	5,9 (4,5)	$p < 0,001$
<i>Nombre de dépannage d'une autre UF en sous-effectif (n/mois)</i>				
Moyenne (Ecart-type)	2,9 (4,6)	2,4 (3,3)	2,7 (3,4)	$p = 0,86$
<i>Temps passé pour la modification des plannings(h/sem)</i>				
Moyenne (Ecart-type)	5,9 (4,7)	5,0 (6,1)	2,8 (4,7)	$p = 0,36$

#### f) Organisation dans l'UF

Les cadres passaient en moyenne 8 h 32min par semaine avec les équipes sur le terrain (échange autour des soins, de l'activité, participations aux tours,...).

En analysant cette variable par fonction, on observait une moyenne pour les faisant-fonction et les cadres de santé de respectivement 8,3 et 9,0, alors que les cadres supérieurs avaient une moyenne de 4,8 heures/semaine sur le terrain ( $p = 0,118$ ).

Sur l'ensemble de la population, 23,6% déclaraient que le poste qu'ils occupaient actuellement n'était pas pourvu avant leur prise de fonction.

### g) Relationnel et reconnaissance

L'étude des relations entre notre population cible et les autres fonctions (avec la coordination générale des soins, avec les médecins, avec l'équipe, entre cadres de soins) montrait que celles-ci étaient bonnes. En effet, sur l'ensemble de la population 81,6% étaient d'accord ou fortement d'accord avec le fait que les relations étaient bonnes avec la Coordination Générale des Soins ; 94,3% avec les médecins ; 97,9% avec l'équipe (Figure 10).

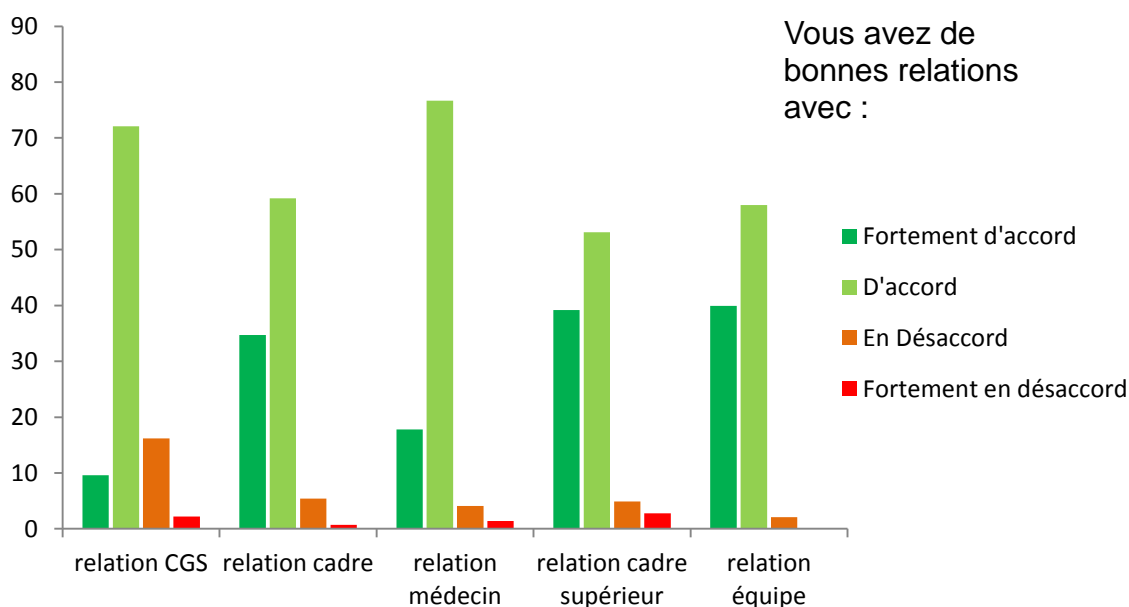


Figure 10 : Etude des relations avec la Coordination générale des soins, les cadres de santé du pôle, la communauté médicale, les cadres supérieurs du pôle et l'équipe.

Concernant l'étude de cette variable par fonction, on notait une homogénéité des réponses concernant les bonnes relations avec les cadres, les médecins et l'équipe (Figure 11). On notait de moins bonnes relations, à la limite de la significativité entre cadres de santé et CGS ( $p= 0,054$ ) avec 22,2% des cadres « en

désaccord » avec l'affirmation : « Vous avez de bonnes relations avec la CGS » et 3,3% « Fortement en désaccord » ; et non significative entre cadres supérieurs et cadres supérieurs ( $p = 0,167$ ) avec 6,3% des cadres supérieurs étant « en désaccord » avec l'affirmation : « Vous avez de bonnes relations avec les cadres supérieurs de santé » et 12,5% « fortement en désaccord ».

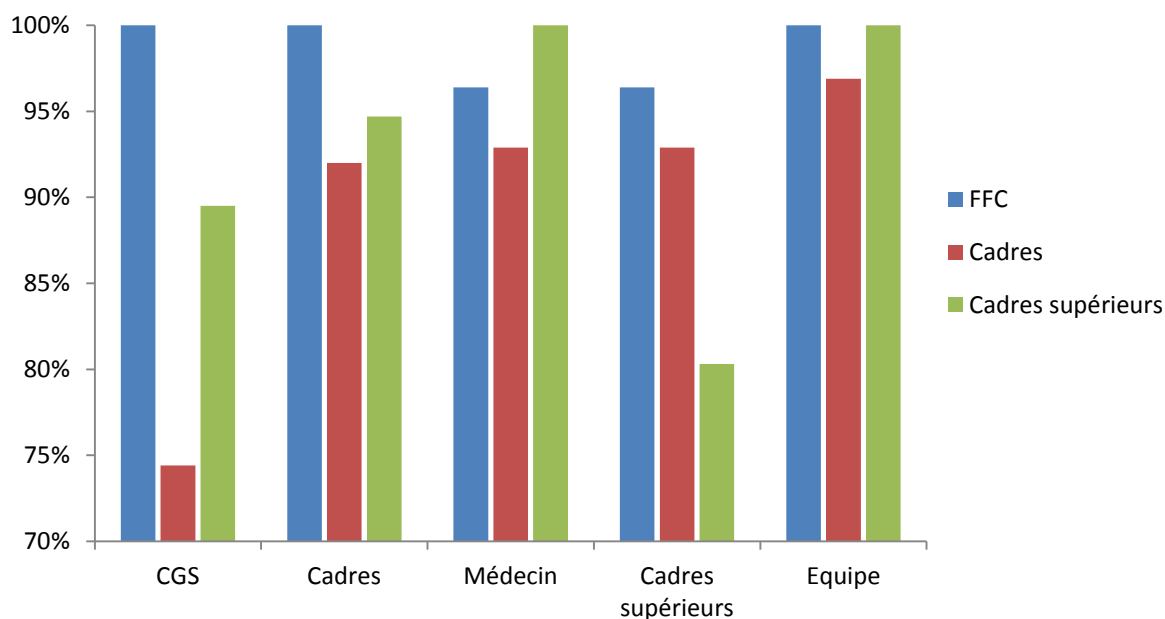


Figure 11 : Etude des relations avec la Coordination générale des soins, les cadres de santé du pôle, la communauté médicale, les cadres supérieurs du pôle et l'équipe par fonction (en pourcentage de réponse « Fortement d'accord ou d'accord » à l'affirmation « vous avez de bonnes relations avec »).

A la question « Avez-vous le sentiment de recevoir de la reconnaissance de la part de votre équipe », 78,5 % des cadres répondaient par l'affirmative.

89,4 % des cadres déclaraient que les organisations syndicales n'apportaient pas une aide dans leur quotidien de cadre.

## D. Contraintes psycho-sociales et organisationnelles

Tableau 9 : Résultats descriptifs des scores des dimensions du schéma organisationnel de la population étudiée.

Dimensions des CPO	Moyenne toutes fonctions	Moyenne faisant fonction	Moyenne cadres	Moyenne cadres supérieurs	P fonction	Score seuil IDE (2008)
Organisation qui permet la communication	8,13	8,31	8,11	7,92	0,76	10,13
Soutien de la hiérarchie	7,60	7,54	7,54	8,13	0,62	9,64
Effectif suffisant	9,03	9,38	8,81	9,84	0,23	11,00
Relation au sein de l'équipe	7,35	7,50	7,31	7,35	0,85	8,55
Interruptions dans le travail	13,01	12,56	13,14	13,05	0,40	13,22
Partage des mêmes valeurs de travail	8,28	8,33	8,18	8,79	0,61	9,36
Soutien de l'administration	11,78	11,53	12,04	10,56	0,07	13,89
Organisation qui permet le respect des congés	8,42	9,09	8,17	8,68	0,26	10,27

Les scores d'alerte IDE sont issus de l'enquête ORSOSA. Ces scores ont été calculés pour chaque dimension à partir des réponses aux questionnaires NWI-EO de 4000 soignants. Plus précisément, pour chaque dimension, un indicateur d'alerte a été créé si le score est au-dessus du 75<sup>ème</sup> percentile de la distribution des scores issus des 210 UF. Nous les avons comparés avec notre population (Tableau 9).

Tous les scores obtenus retrouvaient des valeurs inférieures au seuil d'alerte.

## E. Anxiété et dépressivité

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and depression scale) a été utilisée.

Le score médian d'anxiété selon l'échelle HAD était de 8. Ce score variait avec la fonction. Ce score était plus élevé (augmentation non significative,  $p = 0,565$ ) chez les cadres.

Le score médian de dépressivité était de 4. Les cadres avaient un score plus élevé (augmentation significative,  $p = 0,048$ ) que les autres fonctions (4,5) (Tableau 10).

Tableau 10 : Résultats descriptifs des scores HAD de la population étudiée.

Echelle HAD	Faisant-Fonction N = 28	Cadre N = 100	Cadre supérieur N = 22	Total N = 150
<i>Anxiété</i>				
Médiane [Q1-Q3]	8,5 [6-10,25]	9 [6-11]	8 [6-11,75]	8 [6-11]
<i>Dépressivité</i>				
Médiane [Q1-Q3]	3,0 [1-5,5]	4,5 [2-8]	3 [2-6,75]	4 [2-7]

Il existait une anxiété très probable si le score HAD anxiété était strictement supérieur à dix, et 46 sondés répondaient à ce critère.

Il existait une dépression très probable si le score HAD dépressivité était strictement supérieur à dix, et 19 sondés répondaient à ce critère.

Nous analyserons cette population dans la deuxième partie des résultats.

## F. Charge mentale

Plus de la moitié de la population cadre répondeuse se disait être en difficulté vis-à-vis de la détresse psychologique de leur équipe (Figure 12).

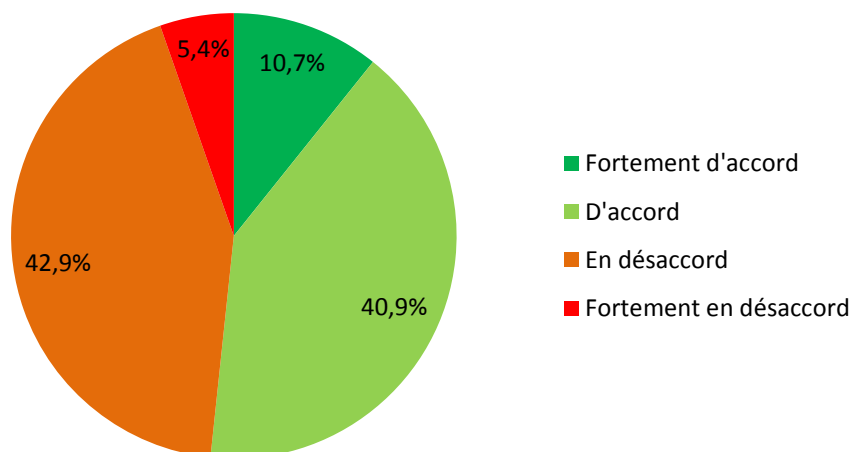


Figure 12 : Difficultés vis-à-vis de la détresse psychologique de l'équipe.

En majorité, les cadres disaient ne pas être en difficulté vis-à-vis des conflits dans l'équipe. Ils étaient encore 47,7% à déclarer être en difficulté (Figure 13).

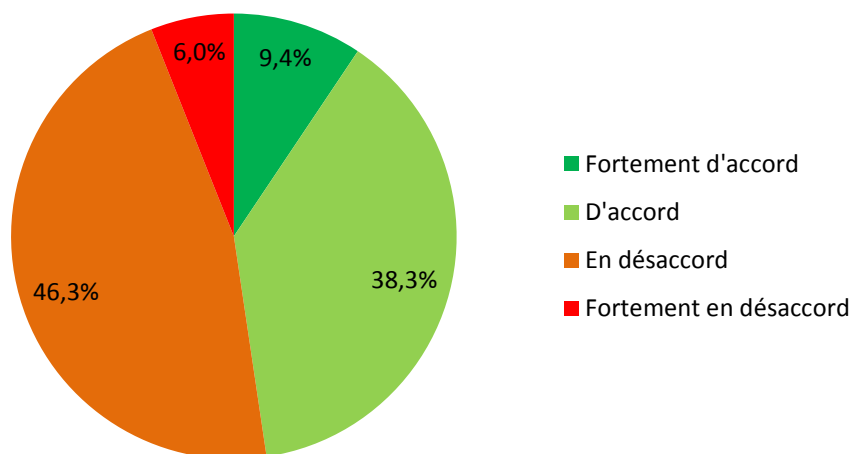


Figure 13 : Difficultés vis-à-vis des conflits dans l'équipe.

Concernant la consommation d’anxiolytiques et/ou d’hypnotiques, s’ils étaient 76,5% à ne jamais en consommer, 23,5% en consommaient au moins une fois par an, 19,1% au moins une fois par mois, et 7,4% plus d’une fois par semaine.

Enfin, 6,7% de la population étaient sous traitement antidépresseur.

Concernant les réponses à la question « Avez-vous le sentiment que votre fonction est méconnue, mal-comprise ? », si la majorité des cadres répondaient négativement pour l’équipe soignante, une large majorité avaient le sentiment que leur fonction était mal-comprise ou méconnue par l’équipe médicale et la hiérarchie non-médicale (Figure 14).

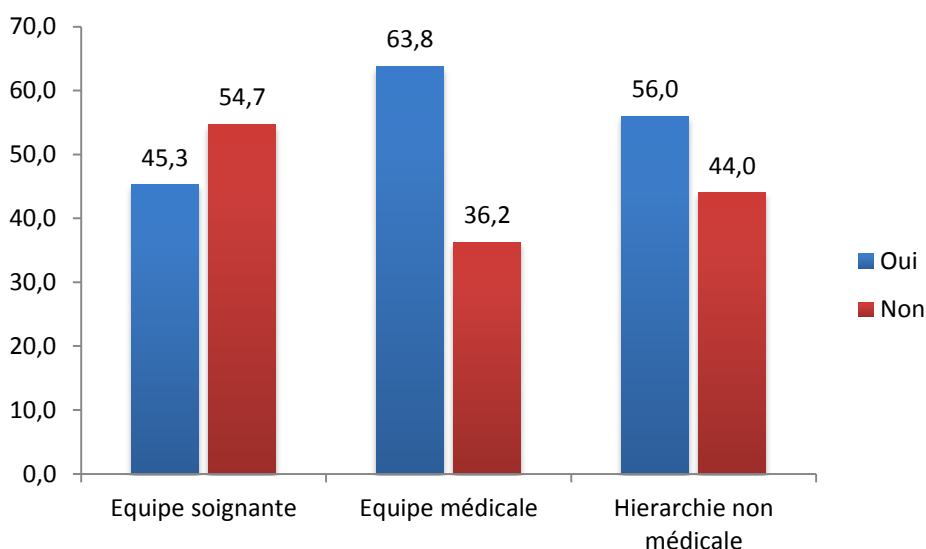


Figure 14 : Histogramme de la répartition à la question : avez- vous le sentiment que votre fonction est méconnue, mal comprise (en pourcentage).

## G. Echelle numérique « Bien-être »

A l'affirmation « Vous vous sentez bien dans vos fonctions », le score moyen obtenu à partir d'une échelle numérique (1 : absolument pas, 10 : tout à fait) était de 6,8, l'écart-type est de 2,0.

L'étude par fonction montrait une diminution significative de la moyenne du score pour les cadres de santé ( $p = 0,02$ ) (Tableau 11).

Tableau 11 : Echelle numérique par fonction.

Echelle numérique	Faisant Fonction	Cadres de santé	Cadres supérieurs	Valeur du p
$\leq 5$	7,2 %	32,2 %	18,1 %	
$> 5$	92,8 %	67,8 %	81,9 %	
<i>Moyenne</i>	7,4	6,4	7,4	0,02

## H. Analyse qualitative (verbatim)

Une zone de commentaires libres était disponible à la fin du questionnaire pour donner l'occasion à la population de s'exprimer sur un ou plusieurs points, abordé(s) ou non dans cette étude. Un tableau regroupant l'ensemble des commentaires est consultable en Annexe 4. Parmi les 150 répondants, 59,3% se sont exprimés dans cette zone.

Ces commentaires ont été classés en six catégories inspirées des dimensions d'analyse des risques psycho-sociaux de Gollac (19). Quelques verbatims seront reportés pour illustrer chacune d'entre elles.



## 1. Fonction mal-définie

Les cadres se plaignaient de leurs rôles qui n'étaient pas clairement définis.

Ils se sentaient responsables de tout, et déclaraient passer leur temps à solutionner les dysfonctionnements (8 commentaires).

*« Nous sommes souvent assimilés à une fonction fourre-tout. Il est de plus en plus difficile de se focaliser sur une tâche sans être dérangé. Nous sommes à la fois soignant, manager, concierge, administratif, assistante sociale, etc... Nous sommes une éponge au centre de l'organisation qui se doit de tenir bon pour ses équipes et ses patients. »*

*« J'ai le sentiment qu'il est facile de tout demander au cadre. Il n'est plus « personne ressource » mais devient « larbin » ».*

## 2. Reconnaissance au travail

Certains commentaires mentionnaient que le travail de cadre n'était pas reconnu, tant par sa hiérarchie directe, que par les collaborateurs.

Le manque de reconnaissance financière était également abordé (10 commentaires).

*« La reconnaissance est faible de la part des médicaux et de l'administration. »*

*« Pas toujours de reconnaissance de la hiérarchie, notamment sur les périodes de garde et problèmes rencontrés. Aucune reconnaissance financière à part prime d'encadrement (45€/mois) »*

Les cadres exprimaient une solitude dans la fonction et un manque de communication descendante de la part de la hiérarchie. Le dialogue était vécu comme difficile avec la hiérarchie (18 commentaires).

*« Peu d'écoute, c'est marche ou crève »*

*« Le travail de terrain est méconnu par les administratifs et les cadres supérieurs. Seuls les principes de rentabilité, d'efficacité, de chiffres sont mis en avant. Le cadre de santé se retrouve largement isolé, il doit se débrouiller seul face aux difficultés du quotidien. On le laisse se débattre seul face aux difficultés. »*

Les cadres décrivaient un sentiment d'insécurité et de manque de protection de leur hiérarchie. Ils se sentaient abandonnés, particulièrement lorsqu'ils étaient en proie à des difficultés de gestion disciplinaire (16 commentaires).

*« Relation de confiance très peu développée avec le top management. Positionnement institutionnel distant lors des situations disciplinaires ou nécessitant une prise de position claire. »*

*« Le manque de respect, qui devient de plus en plus une réalité fréquente, avec l'aval tacite de la hiérarchie puisque plus aucune décision n'est prise lorsqu'un agent franchit les limites. Rien n'est fait pour aider les cadres, et lorsque l'un d'entre eux craque, on dit qu'il n'avait pas la carrure assez solide pour son métier. On s'occupe plus des risques psycho-sociaux des agents que des cadres. »*

*« Le cadre ne se sent pas protégé par sa hiérarchie. »*

*« Il y a un sentiment de mise en doute de nos compétences et de non considération de notre expertise [...]. »*

### **3. Exigences du travail**

Il s'agit ici de l'une des catégories les plus présentes dans les commentaires libres. Les notions de « surcharge de travail », de « burn out » et de « fatigue » y étaient abordées (14 commentaires).

*« Questionnaire très intéressant mais trop tardif pour moi...victime, oui, victime d'un burn-out il y a 2 ans. Depuis sous traitement. Je ne me suis pas rendu compte*

*mais mon entourage et mes proches s'inquiétaient pour moi. Je ne suis plus comme avant. Les cadres sont traités comme nous ne traiterions pas notre pire ennemi. Corvéables...toujours disponibles... A DISPOSITION !!! Tout est de sa responsabilité sauf ce qui fonctionne correctement...jetable comme des mouchoirs papier... »*

*« Il est mal venu de dire que je suis fatiguée, submergée par le travail, à la cadre sup. »*

*« Je croule sous la charge de travail. »*

*« J'ai dû faire un gros travail sur moi-même pour éviter de sombrer dans la panique et éviter de prendre des anxiolytiques. »*

*« J'ai vécu un burn out avec dépression réactionnelle. Je m'en remets difficilement. Je viens de changer de service. J'espère que mes réponses seront différentes au prochain questionnaire. »*

*« Je suis fatiguée beaucoup plus vite qu'avant. J'ai le sentiment de faire tout le temps la même chose, de survoler les problèmes. »*

*« Je me sens déprimée et pas forcément épanouie même si je ne l'exprime pas forcément...je prends beaucoup sur moi-même. »*

Les commentaires évoquaient des difficultés à réaliser leurs missions sans augmenter leur temps de travail (5 commentaires).

*« Je n'arrive absolument pas à répondre à la charge de travail imposée sur mon temps de travail. Je suis obligé de travailler de plus en plus à la maison ou de rester tard le soir. »*

*« Journée à rallonge (sup à 9h/j) pour régler les problèmes. »*

Le manque de temps sur le terrain était mis en exergue, et était généralement imputé à la part administrative jugée trop « chronophage » (5 commentaires).

*« La réalité du terrain et la gestion RH (absentéisme) vous obligent (contraint) à ne pas pouvoir être sur le terrain (trop de bureaucratie). »*

#### **4. Reproches concernant l'équipe**

Les cadres exprimaient des difficultés de management d'équipe qui, selon certains sondés, *« ne pensent qu'à leurs droits mais oublient leurs devoirs. »* (3 commentaires)

*« Les agents ne pensent qu'à leurs droits mais oublient leurs devoirs. On ne peut plus manager, nous devons obtenir une paix sociale et cela passe par la négociation. »*

*« Les équipes sont de plus en plus difficiles à manager (manque de motivation, d'esprit d'équipe, de respect...)»*

*« Les soignants sont à des années-lumière de la réalité, ils confondent droit et devoir et surtout, n'ont pas envie de travailler...me semble-t-il. »*

#### **5. Autonomie et marge de manœuvre**

Comme détaillé dans les résultats, près de 90% des cadres pensaient que les organisations syndicales n'apportaient pas une aide dans leur quotidien de cadre.

Sept commentaires libres exprimaient cette tendance.

*« Il est déplorable de devoir faire face aux organisations syndicales quand elles défendent l'indéfendable, et par conséquent, le service est mis en difficulté. »*

*« Management enrayé fortement par les organisations syndicales ++++. »*

*« Pouvoir des organisations syndicales qui créent un climat délétère où le cadre est forcément « l'ennemi » de l'équipe. »*

Quelques cadres abordaient la plainte liée à l'effectif « cadres » trop peu nombreux, en lien avec l'absentéisme de l'effectif « cadres » (2 commentaires).

*« Depuis 6 mois mon binôme est absent, j'ai dû gérer les 2 services durant 5 mois avec un stress important, une situation très difficile à assumer au quotidien. »*

Le manque de moyens pour exercer la fonction cadre était abordé. Il s'agissait principalement de commentaires qui dénonçaient le process économique d'efficience (6 commentaires).

*« J'ai bien conscience des contraintes économiques qui pèsent sur l'institution et l'intérêt d'être attentif à toutes nos dépenses ainsi qu'à la rentabilité du travail mais c'est un message difficile à faire passer auprès des équipes soignantes qui réalisent un travail quotidien intense. »*

## **6. Commentaires positifs**

Enfin, certains commentaires mentionnaient le caractère motivant et passionnant de l'exercice ou louaient les qualités de l'équipe encadrée (5 commentaires).

*« Le métier de cadre est très motivant et enrichissant. »*

*« J'ai la chance d'avoir une équipe motivée qui présente très peu d'absentéisme, de bien m'entendre et d'être entendu par les médecins du service, d'avoir à faire à des prestataires extérieurs pour le matériel, en cas d'arrêt de renforcer la participation des IDE libérales. »*

Nous ne reproduirons pas dans ce travail les nombreux commentaires d'encouragement de la population cadre à l'attention de l'impétrant et de sa directrice de thèse et de remerciement pour l'intérêt porté à leur fonction.

### III. Etude des associations avec le score HAD anxiété et dépressivité

Parmi la population étudiée, 46 cadres avaient un score HAD anxiété supérieur à dix et 19 avaient un score HAD dépressivité supérieur à dix. Nous nous sommes intéressés à cette population plus atteinte et nous avons étudié les liens possibles entre cette population et les contraintes psycho-sociales et organisationnelles, en ajustant sur l'âge et le sexe. Nous ne présenterons que les résultats significatifs.

#### A. En fonction du score HAD anxiété > 10

Tableau 12 : Résultats significatifs des facteurs de risque d'un score HAD anxiété > 10.

Facteurs de risque d'un score HAD anxiété >10	OR et intervalle de confiance	Valeur du p
Consultation d'e-mail à domicile tous les jours	OR : 2,90 [1,29-6,54]	p=0,01
Temps passé pour l'élaboration des plannings	OR : 1,10 [1,004-1,20]	p=0,04
Nombre de rappels sur repos, RTT, récupérations	OR : 1,22 [1,04-1,44]	p=0,01
Méconnaissance de la fonction de la part de l'équipe	OR : 2,55 [1,22-5,33]	p=0,01
Méconnaissance de la fonction de la part de la hiérarchie	OR : 3,48 [1,57-7,74]	p=0,002

OR : Odds Ratio

[.] : Intervalle de confiance 95%

Résultats ajustés sur l'âge et le sexe

Aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques socio-professionnelles.

Concernant les fonctions managériales, on retrouvait un lien statistiquement significatif entre un score anxiété HAD pathologique et le fait de consulter tous les jours ses e-mails à domicile (p=0,01).

Le temps passé pour élaborer les plannings ( $p=0,04$ ) et le nombre de rappels sur repos, RTT ou récupération ( $p=0,01$ ) étaient en lien également avec les cadres présentant une symptomatologie anxieuse.

De même, la méconnaissance et l'incompréhension de la fonction cadre de la part de l'équipe ( $p=0,01$ ) et de la hiérarchie ( $p=0,002$ ) étaient en lien avec un score anxiété HAD supérieur à dix (Tableau 12).

Tableau 13 : Résultats significatifs des facteurs protecteurs d'un score HAD anxiété > 10.

Facteurs protecteurs d'un score HAD anxiété >10	OR et intervalle de confiance	Valeur du p
Soutien de la hiérarchie dans les demandes d'adaptation	OR : 0,26 [0,09-0,75]	$p=0,01$
Bonne relation avec cadres supérieurs	OR : 0,23 [0,06-0,84]	$p=0,03$
Reconnaissance de l'équipe	OR : 0,40 [0,17-0,95]	$p=0,04$

OR : Odds Ratio  
 [.] : Intervalle de confiance 95%  
 Résultats ajustés sur l'âge et le sexe

Concernant les relations avec les différents acteurs hospitaliers, les bonnes relations avec les cadres supérieurs étaient un facteur protecteur d'une symptomatologie anxieuse ( $p=0,03$ ).

Le sentiment de reconnaissance de l'équipe ( $p=0,04$ ) et le soutien de la hiérarchie dans les demandes d'adaptation et de modification de l'organisation du travail ( $p=0,01$ ), étaient également des facteurs protecteurs (Tableau 13).

Sur la figure 17, nous pouvons mettre en évidence une tendance croissante correspondant à une augmentation du score HAD anxiété en fonction du nombre de lits gérés.

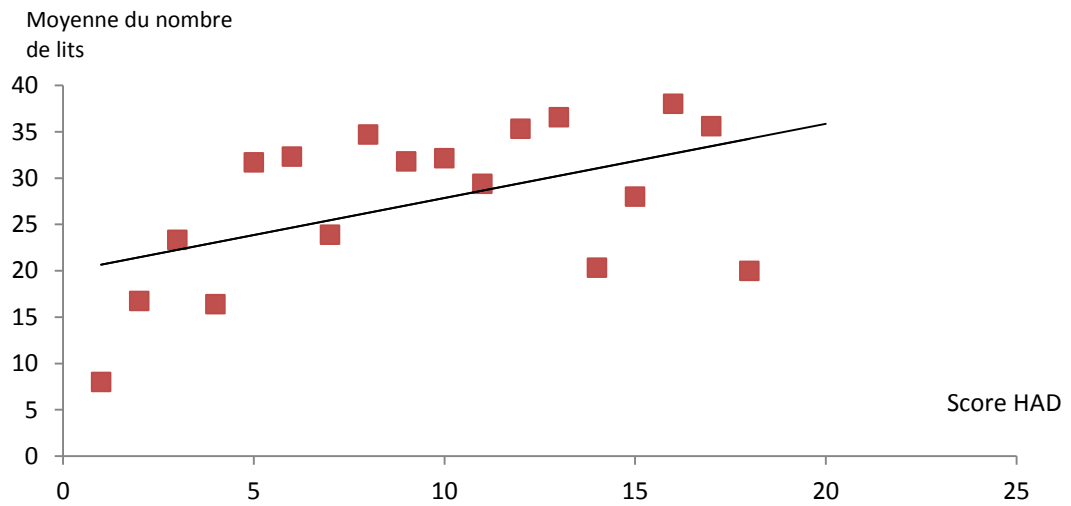


Figure 17 : Nuage de points et courbe de tendance correspondant à l'étude de la variable HAD anxiété en fonction du nombre de lits gérés.



## B. En fonction du score HAD dépressivité > 10

Tableau 14 : Résultats significatifs des facteurs de risque d'un score HAD dépressivité > 10.

Facteurs de risque d'un score HAD dépressivité >10	OR et intervalle de confiance	Valeur du p
Elaboration des plannings à domicile tous les jours	OR : 3,82 [1,22-11,95]	p=0,02
Nombre de rappels sur repos, RTT, récupérations	OR : 1,24 [1,04-1,48]	p=0,02
Méconnaissance de la fonction de la part de l'équipe médicale	OR : 3,73 [1,01-13,70]	p=0,04
Méconnaissance de la fonction de la part de la hiérarchie	OR : 3,29 [1,01-10,68]	p=0,04

OR : Odds Ratio  
 [.] : Intervalle de confiance 95%  
 Résultats ajustés sur l'âge et le sexe

Concernant les fonctions managériales, on retrouvait un lien statistiquement significatif entre un score HAD dépressivité pathologique et le fait d'élaborer tous les jours des plannings à domicile (p=0,02).

Le nombre de rappels sur repos, RTT ou récupération était en lien également avec les cadres présentant un état dépressif (p=0,02).

De même, la méconnaissance et l'incompréhension de la fonction cadre de la part des médecins (p=0,04) et de la hiérarchie (p=0,04) étaient en lien avec un score HAD dépressivité supérieur à dix (Tableau 14).

Tableau 15 : Résultats significatifs des facteurs protecteurs d'un score HAD dépressivité &gt; 10.

Facteurs de risque d'un score HAD dépressivité >10	OR et intervalle de confiance	Valeur du p
Activité physique régulière (au moins une fois par semaine)	OR : 0,31 [0,10-0,93]	p=0,04
Bonnes relations avec les médecins	OR : 0,21 [0,05-0,79]	p=0,04
Bonnes relations avec l'équipe	OR : 0,29 [0,10-0,84]	p=0,02

OR : Odds Ratio

[.] : Intervalle de confiance 95%

Résultats ajustés sur l'âge et le sexe

Aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques socio-professionnelles, en dehors d'une activité physique régulière qui était un facteur protecteur d'une symptomatologie dépressive (p=0,04).

Concernant les relations avec les différents acteurs hospitaliers, les bonnes relations avec les médecins (p=0,04) et l'équipe (p=0,02) étaient des facteurs protecteurs d'une symptomatologie dépressive (Tableau 15).

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

#### A. Caractéristiques socio-professionnelles

La population était dans une très large majorité féminine, avec une moyenne d'âge de 46,4 ans.

Cinquante-six pourcents de la population pratiquaient une activité physique régulière (au moins une fois par semaine), et il s'agissait d'un facteur protecteur d'un état dépressif. De nombreuses études dans la littérature décrivent l'activité physique comme étant un facteur protecteur d'un syndrome dépressif (20)(21)(22).

Dans notre étude, plus de deux tiers étaient cadres de santé de proximité (28 faisant-fonction, 100 cadres de santé et 22 cadres supérieurs de santé) et cette répartition des fonctions correspondait à la répartition de la population cadres du CHRU de Lille interrogée.

#### B. Caractéristiques managériales

Près de 90% de la population déclaraient avoir des amplitudes horaires régulièrement supérieures à huit heures. Les commentaires expriment que la plupart des cadres vivent dans une atmosphère de « course au temps », explicable par deux phénomènes : d'une part l'exigence accrue de résultats immédiats, et d'autre part, la mise en œuvre des 35 heures, qui a eu comme effet d'accélérer les rythmes de

travail. Néanmoins, le fait d'avoir des amplitudes horaires toujours supérieures à huit heures ne présentait pas de lien statistiquement significatif avec un état anxieux ou dépressif.

Cependant, le travail « déborde » à domicile puisque la population qui travaillait à domicile, travaillait en moyenne 1 heure 09 minutes par jour, et le fait de travailler quotidiennement à domicile présentait un lien statistiquement significatif avec un score anxiété supérieur à dix lorsqu'il s'agit de la consultation quotidienne d'e-mails, et avec un score dépressivité supérieur à dix en ce qui concerne l'élaboration quotidienne de plannings à domicile. Ces amplitudes horaires et la nécessité pour beaucoup de travailler à domicile s'expliquent probablement en partie dans la multiplicité des missions du cadre. Le cadre est maintenant gestionnaire, et doit répondre à une nouvelle politique depuis la nouvelle gouvernance de 2007 et la loi HPST de Juillet 2009, à savoir : la réduction des déficits, la productivité, en plus de leurs missions d'information, de communication et d'organisation du soin. Cette difficulté d'appréhender la fonction très hétéroclite de cadre et le sentiment d'être débordé par le contenu de leurs différentes missions sont abordés à de nombreuses reprises par la population sondée et induisent des répercussions sur l'état anxio-dépressif de cette population.

L'élaboration des plannings était en moyenne réalisée en 4 heures 36 minutes par semaine et était un facteur de risque de développer une symptomatologie anxieuse. D'après les commentaires, cette tâche prenait une part jugée trop importante du temps de travail, et les cadres regrettaient que cela soit au détriment du temps passé sur le terrain avec les équipes ou pour remplir d'autres missions.

De plus, nous avons observé que le nombre de rappels sur repos, RTT ou récupération par semaine était en lien avec une symptomatologie anxieuse et

dépressive. Cette mission particulière de rappels d'agents sur un temps de repos est contraignante (sentiment d'ingérence dans la vie privée de l'agent) et renforce la charge mentale de la population cadre.

De façon plus générale, les missions de gestion des plannings, et par extrapolation de rappel du personnel en cas d'absence, concentrent une partie des problématiques de dysfonctionnement dans les services, et cela se répercute sur l'état anxio-dépressif des cadres de santé. Si l'on cherche une hypothèse en réponse à ces constatations, nous pouvons avancer l'idée que ce n'est pas tant le caractère répétitif et le manque d'innovation lié à la nature de ces tâches qui produisent une réponse anxio-dépressive, mais davantage l'absence de spécificité professionnelle dans le contenu de celle-ci. Selon certains, ces tâches peuvent être réalisées par des cadres plus « généralistes », non spécialisés.

Concernant la marge de manœuvre et l'organisation du travail, nous estimons que la charge de travail, à savoir les fortes exigences quantitatives, le rendement et les fortes exigences qualitatives (qualité, précision, vigilance et charge psychologique) est un facteur de risque des risques psycho-sociaux, comme décrit dans la littérature (23). Pour les cadres de santé et cadres supérieurs, ce risque est pondéré par une latitude décisionnelle qui semble être importante, en ne négligeant pas le fait qu'une marge de manœuvre limitée était présente dans les réponses au questionnaire (notamment dans les facilités de changer du matériel défectueux, l'absence d'informations concernant l'absence médicale ou du personnel, ou les actions des organisations syndicales perçues comme « non-aidantes » au quotidien).

Ces résultats nous incitent à supposer une forme d'insatisfaction, notamment expliquée par le décalage entre ce à quoi les cadres pouvaient s'attendre dans leur fonction (responsabilité, pouvoir décisionnel, autonomie) et leurs faibles marges de

manœuvre réelles concernant plusieurs domaines (24). D'ailleurs, dans la littérature, Wilhelm et al. (25) expliquent que les principaux facteurs de risque de la dépression liée au travail sont les situations où le sujet manque d'autonomie.

Il semblerait que les cadres souffrent également de l'écart entre la réactivité demandée par l'institution et la réactivité de l'institution dans les demandes spécifiques des cadres et soulignent le décalage entre l'adaptabilité institutionnelle et celle demandée aux cadres. Les verbatim décrivent l'attente d'ajustements organisationnels qui ne se concrétisent pas, ou tard, provoquant une perte de temps. Les cadres expriment également un manque de soutien de l'administration en matière disciplinaire, lorsque les avis du cadre quant aux décisions disciplinaires concernant des agents en responsabilité ne sont pas suivis. En outre, nous avons montré que le soutien de la hiérarchie dans les demandes d'adaptation et de modification de l'organisation du travail était quant à lui un facteur protecteur d'une symptomatologie anxieuse.

Concernant les relations avec les autres acteurs du monde hospitalier, toutes fonctions confondues, les relations étaient bonnes avec la Coordination Générale des Soins, les cadres, les médecins, les cadres supérieurs et les équipes. Les relations étaient moins bonnes entre cadres de proximité et CGS (lien à la limite de la significativité) et entre cadres supérieurs entre eux (lien statistiquement non significatif). En effet, les cadres de proximité, dans leurs commentaires libres, pointaient du doigt le décalage entre les objectifs prônés par la CGS et leur quotidien de cadre, leur réalité du terrain. Nous trouvons plus délicat l'interprétation des résultats concernant les relations moins bonnes entre cadres supérieurs de santé. Une des hypothèses pourrait être le positionnement de cadres supérieurs devenant

supérieurs hiérarchiques d'autres cadres supérieurs en tant que cadres supérieurs de pôle. Concernant l'état anxieux, les bonnes relations avec les cadres supérieurs étaient un facteur protecteur, et rejoint la notion du caractère protecteur du soutien de la hiérarchie. A propos de l'état dépressif, les bonnes relations avec les médecins et l'équipe étaient des facteurs protecteurs.

### **C. Schémas Organisationnels**

L'étude des contraintes psycho-sociales et organisationnelles au sens de l'enquête ORSOSA (16), ne retrouvait pas de score au-dessus du seuil d'alerte pour l'ensemble des dimensions.

Ce questionnaire n'est pas adapté à l'activité des cadres et avait été élaboré pour le travail des soignants.

Les scores des dimensions « interruptions dans le travail » et « soutien de l'administration » étaient des scores moyens parmi les plus élevés. Ce qui renforce l'hypothèse selon laquelle les cadres en particulier ont un sentiment de dispersion dans leurs tâches de travail évoqué dans leurs commentaires. Cette fonction où le cadre est la « personne-ressource » pour une multiplicité de missions semble interagir avec leur bien-être au travail. A ce propos, Tarrant et al. (26) décrivent une corrélation entre la satisfaction au travail, la minoration des syndromes anxio-dépressifs et la caractérisation claire et définie des missions, des conditions d'exercice du cadre de santé.

Concernant la dimension « soutien de l'administration », nous avons montré que le soutien de la hiérarchie était un facteur protecteur d'un état anxieux. Dans la littérature, Lee et al. (27) observait une relation étroite entre le bien-être dans les

fonctions de cadres de santé à l'hôpital et le soutien de l'administration, et Stansfeld (28) concluait que le stress au travail, le faible soutien social et hiérarchique, des exigences psychologiques élevées et le déséquilibre effort-récompense prédisent des troubles mentaux courants : névroses, dépression, suicide, anxiété, Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) et troubles de l'humeur. De même, dans la littérature, le lien entre « un soutien hiérarchique flou » et « l'absentéisme pour épuisement professionnel » ou Burn-out Syndrom a été mis en évidence de façon significative(29).

En ce sens, nous pensons que les conditions d'acceptation et d'adhésion à un fonctionnement dans lequel les missions du cadre sont exigeantes appellent à une reconnaissance, un soutien et une bienveillance tant hiérarchique que médicale. Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre un score de dépressivité élevé et le sentiment que la fonction de cadre soit méconnue, incomprise par la communauté médicale et par la hiérarchie. La problématique de la reconnaissance au travail des cadres de santé est sans doute un peu particulière : le travail est moins observable que celui des infirmiers, des aides-soignantes ou des médecins, moins mesurable, il est moins visible de la part des acteurs de santé. A combien plus forte raison faudrait-il accorder aux cadres un feed-back de leur travail « de l'ombre ». Quoi qu'il en soit, les cadres évoquent souvent un manque de reconnaissance au travail dans la littérature (30)(31).



## D. Charge mentale, anxiété et dépressivité

Dans la littérature, de nombreuses études établissent un lien entre les CPO, et de façon plus générale entre les conditions de travail, et la survenue de pathologie anxio-dépressive (32)(33)(34)(35).

Dans notre travail, les cadres de santé avaient un score médian d'anxiété au-dessus du score d'alerte de l'échelle HAD (8), et présentaient un score médian de dépressivité à quatre. Notre population présente un score HAD anxiété supérieur à d'autres branches professionnelles. En effet, dans la littérature, les travailleurs du secteur « informatique » (5,65), « commercial » (7,37), « stratégie et management »(6,04) ou « ressources humaines » (6,21) présentent des scores HAD anxiété inférieurs à celui des cadres de santé. Concernant le score dépressivité, plusieurs branches professionnelles présentent un score similaire ou légèrement supérieur (score du secteur « commercial » à 4,21, secteur « service client » à 4,54, secteur « maintenance et technique » à 4,48)(36).

Près de la moitié de la population se disait être en difficulté vis-à-vis de la détresse psychique de l'équipe et vis-à-vis des conflits.

Près de 7% des cadres de notre étude étaient sous antidépresseurs. En 2012, les infirmiers du CHRU de Lille étaient 5,8% à consommer des antidépresseurs (37). La population cadre consommait dans 7,4% des réponses des anxiolytiques et/ou hypnotiques au moins une fois par semaine. En 2012, les infirmiers du CHRU de Lille étaient 7,9% à consommer des anxiolytiques et/ou hypnotiques. Les cadres semblent consommer plus d'antidépresseurs que les infirmiers.

Le score « bien-être » est de 6,8/10, avec un score significativement plus bas chez les cadres de santé de proximité. Ce score, bien que n'étant pas particulièrement abaissé, nous paraît néanmoins interpellant pour un score évaluant le bien-être au travail de professionnels qualifiés ayant décidé volontairement de cette orientation professionnelle. En ce sens, l'étude PRESST-NEXT, montrait que plus de 10% des cadres de santé n'étaient pas fiers de leur métier, 27% étaient insatisfaits de leur conditions de travail, 58% étaient insatisfaits du soutien psychologique au travail, 42% n'étaient pas satisfaits du poste en général et plus de 50% pensaient quitter leur profession au moins plusieurs fois par an dont près de 8% y pensaient au moins plusieurs fois par semaine (15).

## **E. Conditions d'exercice et reconnaissance**

Les réformes hospitalières ont modifié la représentation de la mission de service public de l'hôpital. La nouvelle gouvernance impose d'accomplir des soins au meilleur rapport qualité/coût. La tarification à l'activité est soumise à la prescription des objectifs et à l'allocation des moyens par des instances gestionnaires. Il existe une contradiction, un conflit de valeur entre la notion de rentabilité et la qualité de soins, la notion de service public.

Beaucoup de cadres, dans leurs commentaires, avançaient l'idée qu'ils n'étaient pas assez nombreux pour répondre à ces exigences. Dans ce contexte, l'augmentation du nombre de cadres à l'hôpital peut être évoquée. En effet, dans cette filière (cadres de santé de soins et médico-technique), le taux d'encadrement s'avère être l'un des plus bas en France comparé à la filière administrative, socio-éducative et technique, et ouvrière (4,4% pour la filière de soins contre 10,1% pour la filière administrative par exemple) (10).

Les cadres en majorité n'avaient pas le sentiment d'être compris et reconnus par la communauté médicale et la hiérarchie institutionnelle. Nous avons montré un lien statistiquement significatif entre le manque de reconnaissance institutionnelle et une symptomatologie anxieuse et dépressive. Nous avons également montré un lien statistiquement significatif entre état anxieux et méconnaissance de la fonction de la part de l'équipe et entre état dépressif et méconnaissance de la fonction par la communauté médicale. Pour Beauchamps (38), il existe un décalage, à l'origine d'un malaise identitaire et d'un sentiment de non-reconnaissance, entre l'identité professionnelle que le cadre de santé s'est construite et celle qui est attendue par les autres acteurs hospitaliers.

A travers les commentaires de notre population, on constate que les cadres de santé évoluent dans une institution où, bien que l'intérêt commun se focalise sur le patient, la réalité de la pratique professionnelle est vécue parfois en opposition avec la politique de management et de santé de l'institution. Les cadres ressentent également un sentiment d'indifférence quant aux difficultés relatives à leur pratique professionnelle et à la vie institutionnelle. Plusieurs cadres ont mentionné une transmission d'information uniquement descendante au niveau institutionnel et décrivaient à l'inverse des difficultés pour « faire remonter » les informations. Ceci affecte négativement leur sentiment de reconnaissance. Ils se sentent exécutifs et non participants du fonctionnement hospitalier. Selon Pichon (39), la transmission est perçue par les cadres comme uniquement descendante, ce qui nourrit un sentiment de déqualification et « une dévalorisation dans les impératifs de la prescription ».

Par ailleurs, 80% se sentent reconnus par leur équipe. Et il s'agit là d'un facteur protecteur de l'anxiété. En effet, à travers le discours des cadres, nous estimons que

la reconnaissance est ressentie de manière la plus importante au sein de l'équipe encadrée, s'expliquant d'une part par le partage quotidien de la réalité du terrain et par l'appartenance initiale au même groupe professionnel. En revanche, dans les situations où le cadre avait le sentiment d'être incompris par son équipe, il y avait un lien statistiquement significatif avec un état anxieux.

## II. Critique de notre travail

Nous n'avons pas retrouvé de travail français à l'échelle d'un CHRU qui s'intéressait aux contraintes psycho-sociales et organisationnelles des cadres de santé, faisant-fonction de cadre et cadres supérieurs de santé. Peu d'études sont disponibles dans la littérature internationale sur la problématique santé au travail pour cette catégorie de professionnels de santé.

Notre étude comprend un effectif important (150 sujets). Notre taux de réponse est considéré comme satisfaisant (58%). Nous avons constaté que ce travail répondait à une réelle attente de la population cible concernant les problématiques abordées dans cette étude.

Notre questionnaire pourra être repris dans un travail ultérieur afin d'évaluer les actions mises en place pour améliorer le bien-être au travail des cadres de santé.

Cependant, notre travail présente plusieurs limites.

Les cadres en arrêt de travail (congés maladie ordinaire, congés longue durée, congés longue maladie...) n'ont pas reçu le questionnaire puisqu'il leur a été adressé dans leur service et non à leur domicile. Nous n'avons donc pas pu inclure les cadres en arrêt de travail pour des problématiques en lien avec des contraintes psycho-sociales et organisationnelles.

Nous avons été interpellés par des craintes quant à la divulgation de résultats personnels, des commentaires nous enjoignant à ne pas divulguer des résultats personnels (questionnaire pourtant anonyme). Certains cadres ont pu ne pas répondre de ce fait au questionnaire.

Nous avons des données manquantes qui ont limité l'analyse de certaines variables : l'absentéisme non-remplacé par an (données difficilement accessibles pour les cadres ?), les réponses des cadres supérieurs à certains items (réponse « non-concerné »), au travers desquelles nous avons constaté la difficulté de réaliser un questionnaire unique incluant une population aux rôles très différents (par fonction et par affectation).

Nous nous sommes rendus compte que le questionnaire (NWI-EO IDE) validé pour les infirmiers et les aides-soignantes, modifié, n'était pas adapté pour les cadres.

Nous avons étudié les liens entre anxiété et dépression très probable (score HAD >10), peut être aurions-nous pu nous intéresser à la population présentant un score supérieur à huit pour mettre en évidence des liens avec d'autres contraintes.

### **III. Préconisations en matière de bien-être au travail**

Après analyse et discussion des résultats, et en vue d'améliorer les conditions de travail et le bien-être au travail des cadres, nous émettons plusieurs propositions.

Les facteurs protecteurs d'un état anxieux et dépressif sont :

- La pratique d'une activité physique régulière, au moins une fois par semaine,
- Les bonnes relations avec les cadres supérieurs, les médecins et les équipes,
- La reconnaissance de l'équipe,
- Le soutien de la hiérarchie dans les demandes d'adaptation de l'organisation de travail.

Nous pouvons donc préconiser :

- La pratique d'une activité physique régulière, au moins une fois par semaine,
- L'échange autour des pratiques, de difficultés ou de détresse psychologique des équipes, qui existe déjà, mais qui demande à être amélioré (réelle liberté de parole, temps dégagé et suffisant pour y participer ?)
- Le soutien de l'encadrement dans son quotidien de la part de la hiérarchie, par l'appui dans les dossiers de gestion disciplinaire, par une écoute active de la part de l'administration, par la restauration d'un lien d'interdépendance et d'influence réciproque entre les cadres de santé et la Coordination Générale des Soins et l'administration au travers d'une communication compréhensive et bienveillante.

Les facteurs de risque d'un état anxieux et dépressif sont :

- La consultation quotidienne d'emails et l'élaboration quotidienne de planning à domicile,
- Le temps passé à l'élaboration des plannings,
- Le nombre de rappels par semaine d'agents en repos, RTT ou récupération en cas d'absence,
- L'incompréhension ou la méconnaissance de la fonction de la part des médecins, des équipes et de la hiérarchie.

Nous pouvons donc préconiser :

- Une délégation de certaines tâches, en particulier pour l'élaboration des plannings et les rappels sur RTT, repos ou récupération en cas d'absence,
- La limitation du travail des cadres à domicile,
- L'intégration aux formations professionnelles continues, un volet sur la gestion des conflits et de la détresse psychologique d'une équipe de soins.
- L'accompagnement institutionnel des cadres de santé, des faisant-fonction ou des cadres supérieurs en difficulté managériale.

## CONCLUSION

La population des cadres de santé doit être protégée : c'est elle qui organise le collectif de travail et prend les décisions au plus près des agents.

Actuellement, le service de Médecine du Travail du Personnel Hospitalier accompagne les cadres de santé du CHRU de Lille en difficulté. Ces cadres sont soumis à des contraintes psychosociales et organisationnelles évaluées dans notre travail. Certaines influent sur leur état de santé mentale.

Notre étude a établi qu'il existait des facteurs de risque d'anxiété et de dépression chez les cadres, et qui sont principalement le manque de soutien et de reconnaissance de la hiérarchie, la gestion des plannings (élaboration des plannings et rappels d'agents en cas d'absence) et le travail à domicile.

Des actions de prévention sont à prioriser, et sont : le soutien effectif de l'administration dans le quotidien du cadre (écoute active, aide au management), l'aide à la gestion des plannings, la limitation du travail à domicile et le rappel des agents. Ces préconisations sont des actions de prévention primaire indispensables dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux au CHRU de Lille.

L'encadrement du CHRU de Lille doit être soutenu dans ses compétences de décision et non pas seulement dans ses compétences d'exécution de manager de proximité, afin d'optimiser l'efficacité et la cohésion de son équipe.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Halbesleben JRB, Rathert C, Williams ES. Emotional exhaustion and medication administration work-arounds: the moderating role of nurse satisfaction with medication administration. *Health Care Manage Rev.* juin 2013;38(2):95-104
2. ANACT. Le climat chez les cadres en 2011. Disponible sur: <http://www.anact.fr/>
3. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res.* nov 2001;51(5):697-704.
4. Bourbonnais R, Comeau M, Dion G, Vézina M. Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au québec. *université laval*;1997:1-79. - 79 p.
5. Charles G. L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui. Le Centurion; 1979. 246 p.
6. Hamilton A. Considération sur les infirmières des hôpitaux [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. Montpellier; 1900.
7. Poisson M. Origines républicaines d'un modèle infirmier, 1870-1900: histoire de la profession infirmière en France. Editions Hospitalières; 1998. 154 p.
8. Catanas M. Evolution socio historique de la fonction cadre de santé. *Cadres de santé.* 2008;5.
9. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.
10. De Singly C. Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. 2009 p. 106.
11. Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. 2012-1466 déc 26, 2012.
12. Arrêté du 25 juin 2013 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours interne sur titres et externe sur titres permettant l'accès au corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.
13. Annexe à la circulaire DH-8A-PK-CT n° 00030 du 20 février 1990.
14. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
15. Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Nézet OL, Affre A, Arbieu P, Bedel M, et al. La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002: Analyse des résultats de la première partie de l'étude PREST-NEXT. *Arch Mal Prof Environ.* 1 janv 2004;65(5):413-37.
16. Bonneterre V, Jolivet A, Lang T, Caroly S, Ehlinger V, Sobaszek A, et al. Évaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) chez les soignants: cohorte ORSOSA et applications. *Arch Mal Prof Environ.* juin 2010;71(3):489-92.
17. Servant D. Le stress au travail: Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives. Elsevier Masson; 2013.
18. Andrea H, Bültmann U, Beurskens AJHM, Swaen GMH, van Schayck CP, Kant IJ. Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale--psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2004;39(8):637-46.
19. Gollac M. Les risques psychosociaux au travail: d'une «question de société» à des questions scientifiques. Introduction. *Trav Empl.* 13 nov 2012;129(1):5-10.
20. Heesch KC, van Gellecum YR, Burton NW, van Uffelen JGZ, Brown WJ. Physical activity, walking, and quality of life in women with depressive symptoms. *Am J Prev Med.* mars 2015;48(3):281-91.
21. Pinto Pereira SM, Geoffroy M-C, Power C. Depressive symptoms and physical activity during 3 decades in adult life:

- bidirectional associations in a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 1 déc 2014;71(12):1373-80.
22. Dugan SA, Bromberger JT, Segawa E, Avery E, Sternfeld B. Association between physical activity and depressive symptoms: midlife women in SWAN. *Med Sci Sports Exerc*. févr 2015;47(2):335-42.
  23. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*. janv 2003;60(1):3-9.
  24. Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital : Un travail de lien invisible. Paris: Seli Arslan; 2006. 284 p.
  25. Wilhelm K, Kovess V, Rios-Seidel C, Finch A. Work and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2004;39(11):866-73.
  26. Tarrant T, Sabo CE. Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nurs Adm Q*. mars 2010;34(1):72-82.
  27. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2008;16(7):768-83.
  28. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. déc 2006;32(6):443-62.
  29. Firth H, Britton P. 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff. *J Occup Psychol*. 1 mars 1989;62(1):55-9.
  30. Brun J-P, Ninon D. La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens : document de sensibilisation. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, [Secrétariat du Conseil du trésor]; 2002. 21 p.
  31. Dufau A, Lagabrielle C. La reconnaissance au travail des cadres de santé, éléments de compréhension. *Soins Cadres*. 4 juin 2010;19(74):49-52.
  32. Riahi S. Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *J Nurs Manag*. sept 2011;19(6):721-31.
  33. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. juill 2008;65(7):438-45.
  34. Dugan J, Lauer E, Bouquot Z, Dutro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful nurses: the effect on patient outcomes. *J Nurs Care Qual*. avr 1996;10(3):46-58.
  35. Jones KR. Strategic planning in hospitals: applications to nursing administration. *Nurs Adm Q*. 1988;13(1):1-10.
  36. Vaillant N, Wolff F. Stress, anxiété et dépression au travail: existe-t-il des différences entre entreprises? Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique; 2013.
  37. Hariri CM-E. Santé mentale et contraintes psychosociales et organisationnelles des infirmières et aides-soignantes du CHRU de Lille d'après l'enquête ORSOSA. 2012.
  38. Beauchamps B. Du malaise identitaire à la reconnaissance. Contribution du directeur des soins à la construction de l'identité professionnelle des cadres de santé. 2002. 132 p.
  39. Pichon A. Cadres, managers et professionnels: crise d'identité, crise existentielle et perspectives éthiques. *Ethique Publique*. 2009;11(2).

## ANNEXES

### Annexe 1 : Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

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 :

#### 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. Etre capable de concevoir, élaborer, mettre en oeuvre 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'Etat 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. Etre capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Etre capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Etre 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. Evaluer 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 oeuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Evaluer 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 oeuvre 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.

## Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête

### ENQUETE REALISEE DANS LE CADRE D'UN TRAVAIL DE THESE PORTANT SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES CADRES DE SANTE ET DES CADRES SUPERIEURS AU CHRU DE LILLE

Ce questionnaire individuel est anonyme et les données recueillies sont strictement confidentielles.

Il a pour objectif principal de déterminer les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les cadres de santé du CHRU de Lille (hors IFSI).

Il comprend quatre parties. La première s'intéresse à votre situation personnelle et professionnelle. La deuxième concerne votre vécu des fonctions managériales au sein de votre UF, votre clinique ou votre pôle. Les troisième et quatrième parties sont des échelles d'évaluation portant sur les schémas organisationnels.

Merci de bien vouloir renseigner toutes les questions. Cochez les cases ou remplissez les zones appropriées

#### PARTIE I: Situation socio-professionnelle

##### SITUATION PERSONNELLE

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Sexe</p> <p>a) Masculin <input type="checkbox"/></p> <p>b) Féminin <input type="checkbox"/></p>   | <p>2. Age</p> <p>a) ___ ans</p>   |
| <p>3. Nombre d'enfants à charge</p> <p>a) 0 <input type="checkbox"/></p> <p>b) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c) 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d) 3 ou plus <input type="checkbox"/></p>                                       | <p>4. Pratiquez-vous une activité physique ou sportive régulière (au moins 1 fois par semaine)?</p> <p>a) Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b) Non <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Temps de trajet entre le lieu de résidence et le lieu de travail</p> <p>a) Moins de 30 min <input type="checkbox"/></p> <p>b) Entre 30 et 60 min <input type="checkbox"/></p> <p>c) Plus de 60 min <input type="checkbox"/></p> |   |

##### SITUATION PROFESSIONNELLE

- |   |  |
|---|--|
| <p>6. Fonction</p> <p>a) Faisant Fonction de cadre <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cadre de santé <input type="checkbox"/></p> <p>c) Cadre supérieur(e) <input type="checkbox"/></p>   | <p>8. Ancienneté dans la fonction de cadre supérieur, de cadre de santé ou de faisant fonction de cadre</p> <p>a) Moins de 2 ans <input type="checkbox"/></p> <p>b) Entre 2 et 5 ans <input type="checkbox"/></p> <p>c) Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/></p> <p>d) Plus de 10 ans <input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Avez-vous travaillé au CHRU de Lille avant d'y prendre vos fonctions de cadre supérieur, de cadre de santé ou de faisant fonction de cadre?</p> <p>a) Oui <input type="checkbox"/></p> <p>b) Non <input type="checkbox"/></p> | <p>9. Temps de travail</p> <p>a) Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>b) Temps partiel <input type="checkbox"/></p>   |



**PARTIE II: Fonctions managériales**

**CONDITIONS D'EXERCICE**

10. Ancienneté dans votre affectation actuelle
- a) Moins de 2 ans
  - b) Entre 2 et 5 ans
  - c) Entre 5 et 10 ans
  - d) Plus de 10 ans
11. Cadre de nuit fixe  Oui  Non
12. Amplitude horaires supérieure à 8 heures par jour ( temps entre votre arrivée au poste et votre départ)
- a) Jamais
  - b) Rarement (1 fois/semaine)
  - c) Régulièrement (2 à 3 fois/semaine)
  - d) Souvent (4 fois/semaine)
  - e) Toujours (5 fois par semaine)

Travaillez-vous à domicile pour le service/le pôle?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
13. Consultation d'e-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Planning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lecture de dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Réalisation de projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Si oui, combien d'heures par jour en moyenne? \_\_\_

**CAPACITES DE SOINS DE L'UF**

19. Quel est le nombre total de lit (ou de salles pour les plateaux techniques)? \_\_\_  Non concerné
20. Quel est le taux d'occupation des lits (ou des salles)? \_\_\_%  Non concerné
21. Quelle est en jour, la durée moyenne de séjour? \_\_\_  Non concerné

**EFFECTIFS ET ABSENTEISME**

Non concerné

22. Combien de personnes gérez-vous (quel que soit le statut)? \_\_\_
23. Combien d'ETP (équivalent temps plein) gérez-vous? \_\_\_ ETP
24. Quel est l'équivalent en jour/an de l'absentéisme non remplacé dans vos équipes? \_\_\_
25. Avez-vous du remplacer un collègue cadre sur poste vacant ces six derniers mois?  Oui  Non
26. Annulez-vous des formations pour le personnel pour raison de service?  Oui  Non
27. Devez-vous annuler des visites en médecine du travail de votre équipe pour raison de service?  Oui  Non

**ORGANISATION DU TRAVAIL**

28. Il vous est facile de changer en temps satisfaisant le matériel défectueux
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord
29. Le cadre a la possibilité de négocier avec les médecins (ou pharmaciens) une organisation du travail (horaires des tours cliniques et des contre-visites, les entrées, ...)
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord
30. Le cadre supérieur/la hiérarchie vous soutient dans vos demandes d'adaptation ou de modification de l'organisation du travail?
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord

Les informations nécessaires à l'organisation des plannings prévisionnels vous arrivent en temps utile.

Concernant:	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
31. L'arrivée d'un professionnel en remplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. L'absence médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. L'absence du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non concerné

**GESTION PLANNING**  Non concerné

34. Quel est le niveau de participation des agents à l'élaboration des plannings?
- a) Le planning est imposé selon les roulements théoriques
  - b) Les agents sont consultés avant la rédaction du planning
  - c) Auto-organisation du planning par l'équipe suivie d'une validation par le cadre
35. Combien de temps en heure par semaine (en moyenne) passez-vous pour l'élaboration des plannings prévisionnels? --
36. Il est possible de réaliser au sein de mon UF un ajustement entre la charge de travail et l'effectif de l'unité (en modifiant le planning pour s'adapter au niveau d'activité par exemple)
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord

37. Combien de rappels sur repos, RTT ou récupération devez-vous faire chaque semaine en moyenne pour votre UF? ---
38. Combien de fois par mois (en moyenne) êtes vous amené à "dépanner" une autre UF en sous-effectif en déplaçant du personnel en dehors de votre UF? (pour une demi-journée au minimum)? ---
39. Combien de temps en heure par semaine (en moyenne) passez-vous pour régler les modifications de planning (Logiciel Chronos, changements, rappels...)? ---

**ORGANISATION DANS L'UF**  Non concerné

40. Combien de temps en heure par semaine (en moyenne) passez-vous avec les équipes sur le terrain (échange autour des soins, de l'activité, participation aux tours...)? ---
41. Votre poste était-il pourvu avant votre prise de fonction?  Oui  Non

**DIVERS**

Vous avez de bonnes relations avec:		Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
42.	La coordination générale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Les cadres de santé de votre pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	La communauté médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Le ou les cadres supérieur(e)s de votre pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Votre équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Avez-vous le sentiment de recevoir de la reconnaissance de la part de votre équipe?  Oui  Non
52. Pour vous, les organisations syndicales vous apportent-elles une aide dans votre quotidien de cadre?  Oui  Non

**PARTIE III : Schéma organisationnel à remplir par les cadres de santé (pour les cadres supérieurs: lorsqu'elle existe, prenez en considération la proposition en italique précédée de "C.Sup.")**

Questionnaire issu de l'enquête nationale ORSOSA adapté pour les cadres, faisant-fonction et cadres supérieurs.

<b>Au sein de la ou les unités dans laquelle ou lesquelles je travaille actuellement...</b>	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1.49 Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail.				
2.50 Le cadre supérieur apporte son soutien aux cadres. <i>C.Sup.: Le chef de pôle apporte son soutien aux cadres supérieurs.</i>				
3.51 Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins avec l'équipe.				
4.52 Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins.				
5.53 Le cadre supérieur est un chef d'équipe, un manager. <i>C.Sup.: Mon chef de pôle est un chef d'équipe, un manager.</i>				
6.54 Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail.				
7.55 Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins.				
8.56 Le cadre supérieur apporte son soutien aux cadres lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin. <i>C.Sup.: Le chef de pôle apporte son soutien aux cadres lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin.</i>				
9.57 Il y a des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillent ensemble.				
10.58 Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis (téléphone, nouvelle tâche à faire...).				
11.59 Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail.				
12.60 Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail.				
13.61 J'ai rarement des rappels sur vacances ou RTT à effectuer.				
14.62 L'équipe n'a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT.				
15.63 Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève.				
16.64 Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe.				
17.65 Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans la relation de soins avec les malades.				
18.66 Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service ou de pôle.				
19.67 L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques.				
20.68 L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail.				
21.69 L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier.				
22.70 L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants.				

Non concerné

**PARTIE IV: Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)**

- |   |   |
|---|---|
| <p>71. Je me sens tendu ou énervé</p> <p>a) Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>b) De temps en temps <input type="checkbox"/></p> <p>c) Souvent <input type="checkbox"/></p> <p>d) La plupart du temps <input type="checkbox"/></p>  | <p>78. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <p>a) Oui, tout autant <input type="checkbox"/></p> <p>b) Pas autant <input type="checkbox"/></p> <p>c) Un peu seulement <input type="checkbox"/></p> <p>d) Presque plus <input type="checkbox"/></p>  |
| <p>72. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <p>a) Pas du tout <input type="checkbox"/></p> <p>b) Un peu mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/></p> <p>c) Oui, mais ce n'est pas trop grave <input type="checkbox"/></p> <p>d) Oui, très nettement <input type="checkbox"/></p> | <p>79. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <p>a) Autant que par le passé <input type="checkbox"/></p> <p>b) Plus autant qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>c) Vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>d) Plus du tout <input type="checkbox"/></p>   |
| <p>73. Je me fais du souci</p> <p>a) Très occasionnellement <input type="checkbox"/></p> <p>b) Occasionnellement <input type="checkbox"/></p> <p>c) Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>d) Très souvent <input type="checkbox"/></p>  | <p>80. Je suis de bonne humeur</p> <p>a) La plupart du temps <input type="checkbox"/></p> <p>b) Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>c) Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>d) Jamais <input type="checkbox"/></p>  |
| <p>74. Je peux rester tranquille assis à ne rien faire et me sentir décontracté</p> <p>a) Oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/></p> <p>b) Oui, en général <input type="checkbox"/></p> <p>c) Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>d) Jamais <input type="checkbox"/></p>  | <p>81. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <p>a) Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>b) Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>c) Très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>d) Presque toujours <input type="checkbox"/></p>   |
| <p>75. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <p>a) Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>b) Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>c) Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>d) Très souvent <input type="checkbox"/></p>  | <p>82. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <p>a) J'y prête autant d'attention que par le passé <input type="checkbox"/></p> <p>b) Il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/></p> <p>c) Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais <input type="checkbox"/></p> <p>d) Plus du tout <input type="checkbox"/></p> |
| <p>76. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <p>a) Pas du tout <input type="checkbox"/></p> <p>b) Pas tellement <input type="checkbox"/></p> <p>c) Un peu <input type="checkbox"/></p> <p>d) Oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/></p>  | <p>83. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <p>a) Autant qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>b) Un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>c) Bien moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>d) Presque jamais <input type="checkbox"/></p>   |
| <p>77. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <p>a) Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>b) Pas très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>c) Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>d) Vraiment très souvent <input type="checkbox"/></p>  | <p>84. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision</p> <p>a) Souvent <input type="checkbox"/></p> <p>b) Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>c) Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>d) Très rarement <input type="checkbox"/></p>  |

**CHARGE MENTALE**

85. Je suis en difficulté vis-à-vis de la détresse psychologique de l'équipe :
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord

86. Je suis en difficulté vis-à-vis des conflits dans l'équipe :
- a) Fortement d'accord
  - b) D'accord
  - c) En désaccord
  - d) Fortement en désaccord

Avez-vous le sentiment que votre fonction est méconnue, mal-comprise?

87. Par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
88. Par l'équipe médicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
89. Par la hiérarchie non médicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

90. Vous consommez des anxiolytiques et/ou des hypnotiques:
- a) Plus d'une fois par semaine
  - b) Une fois par semaine
  - c) Une fois par mois
  - d) Une fois par an
  - e) Jamais

91. Etes-vous sous traitement anti-dépresseur?  Oui  Non

92. Vous sentez-vous bien dans vos fonctions? (entourez la réponse sur l'EVA ci-dessous)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Absolument pas										Tout à fait	

**COMMENTAIRES LIBRES**

93. A l'issu de ce questionnaire, vous pouvez vous exprimer sur un ou plusieurs points, abordé(s) ou non dans cette étude.

---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

**A présent, merci de retourner ce questionnaire (données strictement confidentielles)  
Par courrier interne: Dr. Alexandra TRICHARD-SALEMBIER - MTPH CHRU LILLE**

Les résultats de cette étude seront disponibles prochainement.  
Pour tous renseignements, veuillez nous contacter par mail : [jeansim\\_guillot@hotmail.com](mailto:jeansim_guillot@hotmail.com)

## Annexe 3 : Courrier explicatif joint au questionnaire

 <p style="text-align: center;"><b>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille</b> <b>POLE DE SANTE PUBLIQUE</b> <b>Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles</b> Chef de service : Professeur P. FRÉMAT</p>	
Lille, le 10 Juillet 2014	
<p><b><u>Médecine du Travail</u></b> <b><u>Du Personnel Hospitalier</u></b></p> <p><b>Pr A. SOBASZEK</b></p> <p><b><u>Praticiens Hospitaliers</u></b> Dr N. CHEROT- KORNOBIS Dr D. LEFRANC-HUYGHE Dr N. LEPAGE Dr S. MICZEK Dr A. SALEMBIER Dr A. S. TELLART Dr M. VERCLYTE</p> <p><b><u>Médecins du Travail</u></b> Dr H. GUERROUMI Dr J. KASSOU Dr I. LARTIGAU-SEZARY Dr P. REJOU</p> <p><b><u>Psychologues</u></b> V. DELATTRE N. MENJOUR C. COGEZ</p> <p><b>Secrétariat :</b> 03.20.44.43.66 03.20.44.44.93 fax : 03.20.44.43.67 coline.delanney@chru-lille.fr claudine.riviere@chru-lille.fr</p> <p><b>Infirmières :</b> Praxex 39009 ou 03.20.44.47.24 isabelle.vasseur@chru-lille.fr</p>	<p>Madame, Monsieur</p> <p>Dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, portant sur les contraintes organisationnelles et psychologiques des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé du CHRU de Lille, nous sollicitons votre participation à cette étude et joignons à ce présent courrier un questionnaire, dont la durée de remplissage n'excède pas 15 minutes.</p> <p>Vous trouverez ci-joint une enveloppe de retour pré-remplie à l'attention du Dr. Alexandre TRICHARD-BALEMBIER (PH dans le service de Médecine du Travail du Personnel Hospitalier du Pr. Annie SOBASZEK).</p> <p>Celle-ci est à votre disposition si vous avez besoin de renseignements complémentaires.</p> <p>Votre retour est souhaité avant le 15 Septembre 2014.</p> <p>Les résultats vous seront bien entendu présentés ultérieurement.</p> <p>Nous vous remercions par avance du temps que vous accorderez à ce projet.</p> <p>Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments les plus distingués.</p> <p style="text-align: center;">Dr. Alexandre TRICHARD-BALEMBIER (PH)      Jean-Simon GUILLOT (Inteme)</p>



#### Annexe 4 : Tableau regroupant les commentaires libres de la population sondée.

Fonction mal définie, « fourre-tout »	<p>« souvent assimilé à une fonction fourre-tout. Il est de plus en plus difficile de se focaliser sur une tâche sans être dérangé. Nous sommes à la fois soignant, manager, concierge, administratif, assistante sociale, etc... Nous sommes une éponge au centre de l'organisation qui se doit de tenir bon pour ses équipes et ses patients. »</p> <p>« Toutes les responsabilités sont les nôtres, toutes les préoccupations sont les nôtres. »</p> <p>« Les cadres sont amenés de plus en plus à gérer des dossiers administratifs et ne peuvent se consacrer aux projets de soins au sein des services. »</p> <p>« Cadre : fusible ou bouclier...selon... »</p> <p>« Le cadre n'a plus le temps de véritablement s'occuper de ses fonctions. Il se retrouve débordé par des détails, dus à des dysfonctionnements non résolus par les décideurs. »</p> <p>« Les rôles ne sont pas clairement délimités. »</p> <p>« J'ai le sentiment qu'il est facile de tout demander au cadre. Il n'est plus « personne ressource » mais devient « larbin »</p> <p>« Le cadre de santé est là pour faire tout ce que les autres ne veulent pas faire et cela en plus d'un absentéisme aberrant de plus en plus difficile à gérer. »</p>
Faible reconnaissance	<p>« La reconnaissance est faible de la part des médicaux et de l'administration. »</p> <p>« En deuil de la reconnaissance au travail ! »</p> <p>« La reconnaissance n'existe pas pour les cadres de santé et pour les cadres sup. »</p> <p>« pas toujours de reconnaissance de la hiérarchie, notamment sur les périodes de garde et problèmes rencontrés. Aucune reconnaissance financière à part prime d'encadrement (45€/mois) »</p> <p>« Peu de considération des cadres par la CGS. »</p> <p>« Non reconnaissance par la direction et la CGS de la fonction d'encadrement supérieur. »</p> <p>« Pas de reconnaissance du travail de cadre. »</p> <p>« Le travail de cadre n'est pas reconnu, tant par sa hiérarchie directe, et par les collaborateurs. »</p> <p>« Le plus gros malaise des cadres tient plus à la reconnaissance de la part de la hiérarchie administrative. »</p> <p>« J'étais une infirmière reconnue, en tant que cadre, mon métier est méconnu et ingrat. »</p>
Solitude dans la fonction/peu d'écoute/incompréhension de la hiérarchie	<p>« Sentiment d'être seule face à certains problèmes car située entre les équipes et la hiérarchie/médecins »</p> <p>« peu d'écoute, c'est marche ou crève »</p> <p>« Incompréhension totale et dialogue impossible avec les directions. »</p> <p>« Impression que l'administration n'a que faire des réalités du terrain : absentéisme non remplacé, peu de CHSCT, de bureau de pôle, de CME donc difficultés de faire des transformations de poste. »</p> <p>« J'espère que cette étude mettra en avant notre mal être, notre solitude et manque de moyen face à une administration toujours préoccupée malheureusement par l'activité. »</p> <p>« Hiérarchie descendante sans collaboration, sans transparence. »</p>

	<p>« Le cadre est seul à faire face aux difficultés. »</p> <p>« Le travail de terrain est méconnu par les administratifs et les cadres supérieurs. Seuls les principes de rentabilité, d'efficacité, de chiffres sont mis en avant. Le cadre de santé se retrouve largement isolé, il doit se débrouiller seul face aux difficultés du quotidien. On le laisse se débattre seul face aux difficultés. »</p> <p>« Le cadre est une soupape entre les soignants et l'encadrement administratif. »</p> <p>« Pas d'espace de partage pour l'encadrement ou d'échanges d'expérience qui peuvent rassurer. »</p> <p>« On ne sait jamais qui est notre interlocuteur, les informations ne sont pas transmises. »</p> <p>« Les sentiments d'inefficacité et d'entrave aux changements sont fortement entretenus par une hiérarchie ambitieuse et rarement au service des patients. »</p> <p>« Un manque de transparence avec la hiérarchie embrume chaque jour les relations. »</p> <p>« Peu ou non prise en compte des rapports rédigés par les cadres sur le comportement, sur l'absentéisme abusif, sur les contrôles médicaux demandés par la DRH. »</p> <p>« Au niveau de la hiérarchie, le cadre est un pantin. »</p> <p>« Grosse lenteur de l'Administration dans la prise de décision d'où une incompréhension des agents et donc de l'agressivité exprimée à l'égard du cadre, seul représentant de l'institution la nuit. »</p> <p>« L'institution n'a à mon sens pas la mesure de la charge mentale qui pèse sur les cadres, en particulier dans les secteurs difficiles, et dans la gestion de l'absentéisme. »</p> <p>« Je regrette un éloignement de plus en plus accentué avec notre direction des soins. Il n'y a plus aucune rencontre « hors crise ». »</p>
Plainte liée au temps de travail	<p>« de plus en plus de réunion entre midi et 14h, le samedi au-delà de 17h .Il devient presque normal de ne plus couper pour manger le midi. Il est mal venu de compter nos heures supplémentaires. »</p> <p>« Je n'arrive absolument pas à répondre à la charge de travail imposée sur mon temps de travail. Je suis obligé de travailler de plus en plus à la maison ou de rester tard le soir. »</p> <p>« Réunions tard le soir, pas de coupure le midi, mais c'est normal pour la hiérarchie. »</p> <p>« Journée à rallonge (sup à 9h/j) pour régler les problèmes. »</p> <p>« Il y a longtemps que je ne fais plus de journée normale de 8h. C'est au minimum 10h/j. »</p>
Submergé par le travail	<p>« Il est mal venu de dire que je suis fatiguée, submergée par le travail à la cadre sup. »</p> <p>« Beaucoup de pression par rapport à la notion de rentabilité. »</p> <p>« Questionnaire très intéressant mais trop tardif pour moi...victime, oui, victime d'un burn-out il y a 2 ans. Depuis sous traitement. Je ne me suis pas rendu compte mais mon entourage et mes proches s'inquiétaient pour moi. Je ne suis plus comme avant. Les cadres sont traités comme nous ne traiterions pas notre pire ennemi. Corvéables...toujours disponibles... A DISPOSITION !!! Tout est de sa responsabilité sauf ce qui fonctionne correctement...jetable comme des mouchoirs papiers... »</p> <p>« Métier de plus en plus difficile, la pression y est constante. Relativiser devient difficile. »</p> <p>« Cadre dans un bloc : la charge mentale est forte, forte pression médicale au quotidien. Il y a intérêt à être bien dans sa tête car la faiblesse n'est pas admise. »</p> <p>« Le cadre est surchargé de travail avec des missions de plus en plus complexes sans tenir compte de la charge de travail existante. »</p> <p>« Je me sens déprimée et pas forcément épanouie même si je ne l'exprime pas forcément...je prends beaucoup sur moi-même. »</p>

	<p>« Burn out, 22 jours d'arrêt...ayant entraîné un contrôle de ma hiérarchie. »</p> <p>« Je croule sous la charge de travail. »</p> <p>« Je compte quitter la fonction cadre et le CHR afin de préserver mon intégrité psychologique et retrouver l'énergie vitale qui me manque après 7 ans d'encadrement. Je n'ai plus de vie extérieure. »</p> <p>« J'ai dû faire un gros travail sur moi-même pour éviter de sombrer dans la panique et éviter de prendre des anxiolytiques. »</p> <p>« Je suis reconnue de tous pour être une personne organisée et méthodique. Pourtant depuis quelques années je suis complètement débordée. »</p> <p>« J'ai vécu un burn out avec dépression réactionnelle. Je m'en remets difficilement. Je viens de changer de service. J'espère que mes réponses seront différentes au prochain questionnaire. »</p> <p>« Je suis fatiguée beaucoup plus vite qu'avant. J'ai le sentiment de faire tout le temps la même chose, de survoler les problèmes. »</p>
Effectif de cadre trop peu nombreux	<p>« Là où il y avait 5 cadres auparavant, je suis seule. »</p> <p>« Depuis 6 mois mon binôme est absent, j'ai dû gérer les 2 services durant 5 mois avec un stress important, une situation très difficile à assumer au quotidien. »</p>
Manque de soutien de la hiérarchie	<p>« aucune bienveillance de la part de la hiérarchie »</p> <p>« Relation de confiance très peu développée avec le top management. Positionnement institutionnel distant lors des situations disciplinaires ou nécessitant une prise de position claire. »</p> <p>« Cadre livré à lui-même. Mais début de recherche d'une meilleure approche avec écoute de l'encadrement depuis l'arrivée du nouveau DG. »</p> <p>« manque de soutien institutionnel. »</p> <p>« merci à la direction de ne pas faire de vagues ! »</p> <p>« Le manque de respect, qui devient de plus en plus une réalité fréquent, avec l'aval tacite de la hiérarchie puisque plus aucune décision n'est prise lorsqu'un agent franchit les limites. Rien n'est fait pour aider les cadres, et lorsque l'un d'entre eux craque, on dit qu'il n'avait pas la carrure assez solide pour son métier. On s'occupe plus des RPS des agents que des cadres. »</p> <p>« Pas de soutien lors d'épisodes difficiles ni des OS ni de la CGS/Direction. »</p> <p>« Pas de soutien de la part de la médecine du travail ni de la direction. »</p> <p>« Pas d'interlocuteurs fiables et engagés. »</p> <p>« Le cadre ne se sent pas protégé par sa hiérarchie. »</p> <p>« Pas de soutien de la hiérarchie. »</p> <p>« Un peu plus d'autonomisation et de soutien aideraient le cadre à s'investir et à ne pas baisser les bras. »</p> <p>« Sentiment total d'abandon et de désintérêt de la CGS et des directeurs quels qu'ils soient. »</p> <p>« Le CHRU est une énorme entreprise où l'individu n'est qu'un numéro. Il existe très peu de reconnaissance du cadre de proximité, notamment au niveau de l'administration, de la CGS et du pouvoir médical. »</p> <p>« Il y a un sentiment de mise en doute de nos compétences et de non considération de notre expertise de la part de la CGS. »</p> <p>« Pas de reconnaissance de la direction, aucun effort sur le paiement des gardes. Souhait d'un soutien et d'une reconnaissance de la Direction. »</p>
Manque de temps sur le terrain	<p>« Je n'ai qu'un regret dans l'équipe : ne pas réussir à dégager du temps pour organiser des réunions d'équipes. »</p> <p>« Importance de passer du temps sur le terrain, et pas d'analyser des classeurs d'horaires pendant des heures ! »</p> <p>« J'éprouve une certaine distance entre l'équipe et moi-même. »</p>

	<p>« La réalité du terrain et la gestion RH (absentéisme) vous obligent (contraint) à ne pas pouvoir être sur le terrain (trop de bureaucratie). »</p> <p>« Je n'ai plus assez de temps pour travailler avec les équipes autour de projets. »</p>
Reproches sur les équipes	<p>« Les agents ne pensent qu'à leurs droits mais oublient leurs devoirs. On ne peut plus manager, nous devons obtenir une paix sociale et cela passe par la négociation. »</p> <p>« Les équipes sont de plus en plus difficiles à manager (manque de motivation, d'esprit d'équipe, de respect... »</p> <p>« Les soignants sont à des années-lumière de la réalité, ils confondent droit et devoir et surtout, n'ont pas envie de travailler...me semble-t-il. »</p>
Organisations syndicales	<p>« il est déplorable de devoir faire face aux organisations syndicales quand elles défendent l'indéfendable, et par conséquent, le service est mis en difficulté. »</p> <p>« Absence de relations sociales avec les organisations syndicales. »</p> <p>« trop de pouvoir aux partenaires sociaux qui font la loi. »</p> <p>« merci aux syndicats de défendre l'indéfendable ! »</p> <p>« Management enrayé fortement par les organisations syndicales ++++. »</p> <p>« Pouvoir des organisations syndicales qui créent un climat délétère où le cadre est forcément « l'ennemi » de l'équipe. »</p> <p>« Les cadres font face à la pression des partenaires sociaux qui sont très présents dans les secteurs de soins lorsqu'il y a des difficultés RH mais aussi auprès des cadres pour leur signifier les limites possibles de leur intervention (ne pas rappeler les agents à domicile tout en maintenant le cadre de fonctionnement !!!!) »</p>
Peu de moyens pour remplir la fonction	<p>« manque de moyens pour valoriser les courageux. »</p> <p>« J'espère que cette étude mettra en avant notre mal être, notre solitude et manque de moyen face à une administration toujours préoccupée malheureusement par l'activité. »</p> <p>« En tant que faisant fonction, j'ai été mise dans un gros service, au passé avec l'encadrement difficile, pas de tuteur, pas d'expérience et en plus, en 2<sup>ème</sup> année, une semaine de cours par mois. »</p> <p>« Il y a urgence à redonner une vraie place à l'encadrement et du pouvoir de décision car autrement, nous ne sommes que des fusibles entre agents et la hiérarchie + administration. »</p> <p>« Le rôle de faisant fonction est ingrat de par notre inexpérience, le manque d'encadrement de certains tuteurs, la difficulté de positionnement. »</p> <p>« J'ai bien conscience des contraintes économiques qui pèsent sur l'institution et l'intérêt d'être attentif à toutes nos dépenses ainsi qu'à la rentabilité du travail mais c'est un message difficile à faire passer auprès des équipes soignantes qui réalisent un travail quotidien intense. »</p>
Commentaires positifs	<p>« Je me sens très bien dans mes fonctions de cadre parce que je suis soutenue par une cadre supérieure formidable. »</p> <p>« Cadre de nuit : beaucoup moins dérangé par des tâches annexes que celles de jour, et de plus beaucoup moins sollicité par les médecins. »</p> <p>« Mes réponses au questionnaire auraient été complètement différentes (en mal) il y a 1 an avant mon changement d'affectation. »</p> <p>« J'ai la chance d'avoir une équipe motivée qui présente très peu d'absentéisme, de bien m'entendre et d'être entendu par les médecins du service, d'avoir à faire à des prestataires extérieurs pour le matériel, en cas d'arrêt de renforcer la participation des IDE libérales. »</p> <p>« Le métier de cadre est très motivant et enrichissant. »</p>

## Annexe 5 : Mode de calcul des scores de contraintes de chacune des dimensions évaluées par le NWI-OH

	Score original	Score recodé sur une échelle de 0 à 15
<b>Dimension 1</b>		
Manque de soutien du cadre infirmier	Somme des items 2-5-8	$\frac{[(\text{Somme des items 2-5-8}) * 15]}{12}$
<b>Dimension 2</b>		
Effectifs insuffisants	Somme des items 4-6	$\frac{[(\text{Somme des items 4-6}) * 15]}{8}$
<b>Dimension 3</b>		
Manque de communication	Somme des items 3-15-16-17-18	$\frac{15 * (\text{Somme des items 3-15-16-17-18})}{20}$
<b>Dimension 4</b>		
Interruptions	Somme des items 10-11-12	$\frac{[15 - (\text{Somme des items 10-11-12})] * 15}{12}$
<b>Dimension 5</b>		
Mauvaises Relations au sein de l'équipe soignante	Somme des items 1-7-9	$\frac{[(\text{Somme des items 1-7-9}) * 15]}{12}$
<b>Dimension 6</b>		
Manque de partage des valeurs	Somme des items 19-20	$\frac{[(\text{Somme des items 19-20}) * 15]}{8}$
<b>Dimension 7</b>		
Manque de soutien de l'administration	Somme des items 21-22	$\frac{[(\text{Somme des items 21-22}) * 15]}{8}$
<b>Dimension 8</b>		
Non respect des congés	Somme des items 13-14	$\frac{[(\text{Somme des items 13-14}) * 15]}{8}$

## Annexe 6 : Fiche métier cadre de santé

### Cadre de Santé d'unité de Soins et d'activités paramédicales

**AUTRES APPELLATIONS COURANTES : Cadre de santé, surveillant, Cadre de proximité**

*\*\*Les attributions s'exercent en cohérence avec le règlement intérieur des pôles d'activités*

**DÉFINITION**

Organiser l'activité paramédicale, animer une équipe et coordonner les moyens d'un secteur d'activité de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations de soins en lien avec le responsable du secteur d'activité

ACTIVITÉS PRINCIPALES	THEMATIQUE
Élaboration, réalisation et communication du projet paramédical du secteur d'activité ou de l'unité fonctionnelle en liaison avec l'équipe Médicale	Projet de soins et qualité de prise en charge
Participation à la rédaction du rapport d'activité médico-soignant du pôle en collaboration avec le Cadre Supérieur de Santé et le responsable de pôle dans son domaine professionnel (activités de soins et gestion des équipes)	
Participation à la réalisation d'audit en organisation des soins et activités paramédicales au sein de son unité fonctionnelle (nouvelles activités, protocoles, Hygiène et Sécurité, vigilances,	
Participation à la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation selon les résultats aux élections	
Participation à la promotion et au développement de la recherche en soins	Management
Programmation hebdomadaire et journalière des activités de l'unité fonctionnelle	
Suivi et bilan des activités de l'unité fonctionnelle	
Contrôle de la qualité, de la sécurité des soins et des activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs	
Gestion directe des personnels paramédicaux de l'unité fonctionnelle	
Organisation de l'encadrement des nouveaux personnels et des étudiants	Gestion des Ressources
Identification des besoins en formation du personnel, suivi et évaluation des résultats	
Participation à la définition des moyens nécessaires à l'activité de l'unité fonctionnelle	
Répartition et gestion des ressources dans l'unité fonctionnelle	Communication
Coordination et suivi des prestations de maintenance et de logistique	
Gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales au sein de l'unité fonctionnelle	Gestion des Risques
Conseil, information, éducation auprès des familles, des patients, des usagers	
Conseil, information, formation clinique ou technique du personnel	Missions transversales
Gestion et coordination des activités et des bonnes pratiques pour garantir la sécurité du patient, des personnels.	
Participation aux projets transversaux	Veille professionnelle
Veille réglementaire professionnelle sur l'évolution de la santé, des professions, des techniques et du matériel	

PROJET

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES	DOMAINE
Le cadre supérieur de santé pour la supervision et le suivi des projets, la gestion des ressources humaines (qualitative)	Domaine du Soins
Cadre Supérieur de Santé pour l'accompagnement et la mise en place de la gestion de proximité	
Partenaires de santé extrahospitaliers pour la continuité des prestations (travail en réseau)	
(Responsable de pôle et/ou) Référent médical de l'unité fonctionnelle pour la gestion et l'organisation de l'unité fonctionnelle	Domaine médical
médecin du travail dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels	
Les experts des projets transversaux sur l'établissement, la CGS et les délégations	
Le cadre gestionnaire pour le suivi budgétaire de l'unité fonctionnelle	Domaine administratif
PAGRH pour la gestion des personnels	
Service de Formation Professionnelle Continue pour rechercher et organiser des formations adaptées aux besoins des personnels	
Instituts de formation et les écoles pour le suivi des étudiants, les jurys d'examens et conseils techniques	
Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et les choix de moyens en collaboration avec le Département des Ressources Physiques	Domaine technique et logistique
Partenaires sociaux dans le cadre des conditions de travail des personnels, des organisations et des évolutions professionnelles	Domaine social
assistante sociale pour gestion de situations particulières pour les patients et les personnels	

SAVOIR-FAIRE REQUIS	THEMATIQUE
Concevoir et mettre en oeuvre un projet d'unité fonctionnelle avec le corps médical et le Cadre supérieur de santé, en lien avec le projet de l'établissement	Projet de soins et qualité de prise en charge
Travailler en réseau intra et inter hospitalier et multidisciplinaire.	
Élaborer, évaluer et mettre en oeuvre des procédures et protocoles en application des textes réglementaires et des recommandations	
Fixer des objectifs et évaluer les résultats	Communication
Identifier les informations pertinentes, choisir et utiliser des supports et des moyens adaptés pour communiquer	
Animer, mobiliser et entraîner des équipes	Management
Décider et/ou orienter les choix stratégiques d'organisation des soins et activités paramédicales au sein de l'unité fonctionnelle	
Traiter les situations conflictuelles	
Évaluer et valoriser les compétences et le potentiel du personnel paramédical de l'unité fonctionnelle	
Concevoir et élaborer le plan de formation pluri annuel de l'unité fonctionnelle	Gestion des Ressources
Optimiser l'utilisation des ressources humaines allouées au regard des variations de l'activité et des priorités	
Analyser et contrôler les tableaux de bords et les indicateurs d'activité de gestion économique de l'unité et de la qualité de la prise en charge des patients, en lien avec le cadre gestionnaire et le cadre supérieur de santé	
Organiser la répartition et la délégation des activités dans l'unité fonctionnelle	

**CONNAISSANCES ASSOCIÉES**

Exercice, organisation et actualités professionnelles	Conduite de projet	Risques et vigilances	Techniques de communication	Démarches, méthodes et outils de la qualité	Gestion quotidienne (commandes, indicateurs)	Gestion quotidienne RH	Connaissances en "Ethique et déontologie"
3	2	2	2	2	2	2	2

Gestion globale en lien avec le cadre gestionnaire et le CSS	politique RH
1	1

\*\* 1: connaissances générales; 2: connaissances détaillées; 3: connaissances approfondies

**CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE DU METIER :**

Travail week-end, nuit et jours fériés, astreintes

**PROJET**

**PRÉREQUIS**

Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales  
Diplôme de cadre de Santé

**EXPÉRIENCE CONSEILLÉE**

Expérience d'encadrement, de formation  
Expériences professionnelles diversifiées, missions transversales  
Participation à des groupes de travail et/ou instances

**PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS**

Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales (passerelle immédiate)  
Cadre Supérieur de santé  
Cadre supérieur de santé formateur en management et pédagogie des soins et des activités paramédicales  
**Passerelles longues**  
Directeur des soins et des activités paramédicales  
Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales  
  
Directeur d'établissement sanitaire et social  
Directeur d'hôpital

**CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES**

Cadre de santé

**TENDANCES D'ÉVOLUTION DU METIER**

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
Regroupements d'activités par pôle	-Nouveaux modes de management partagé (médical, soignant, administratif) -Augmentation de la connaissance interprofessionnelle -Développement des compétences dans les domaines économiques et financiers
Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires	-Acquisition de connaissance juridique (droit des patients) -Attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités
Évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences	-Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge, des profils de postes et des responsabilités au sein des équipes
Évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques	-Veille sur les évolutions techniques, et formation d'adaptation à l'utilisation des nouveaux matériels

métiers du management/ mai 07







**AUTEUR : Nom : Guillot**

**Prénom : Jean-Simon**

**Date de Soutenance : Vendredi 17 Avril 2015 à 18h00**

**Titre de la Thèse : Contraintes psycho-sociales et organisationnelles chez les cadres de santé et les cadres supérieurs du CHRU de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES: Médecine du travail**

**Mots-clés : contraintes psychosociales et organisationnelles, stress, dépression, ORSOSA, santé au travail, évaluation des risques professionnels, cadres de santé, faisant fonction de cadres, cadres supérieurs.**

**Résumé :**

**Contexte :** Les établissements de soins sont confrontés aux exigences d'une logique gestionnaire. Directement concernés, les cadres de santé sont tenus de mettre en œuvre des réformes et directives qui entraînent souvent une réduction des moyens. Il s'agit d'une population à risque d'anxiété et de dépression.

**Méthode :** Un auto-questionnaire était distribué de Juillet à Septembre 2014 à l'attention des cadres de santé, des faisant-fonction et des cadres supérieurs du CHRU de Lille et évaluait les caractéristiques socio-professionnelles, managériales, organisationnelles, l'anxiété, la dépressivité et le bien-être au travail.

**Résultats :** Cent cinquante cadres ont été inclus. Près de 90% de la population déclaraient avoir des amplitudes horaires régulièrement supérieures à 8 heures. La population présentait un score médian d'anxiété au-dessus du score d'alerte de l'échelle HAD (8), et présentait un score médian de dépressivité à 4. Les cadres en majorité n'avaient pas le sentiment d'être compris et reconnus par la communauté médicale et la hiérarchie institutionnelle. Le travail quotidien à domicile (e-mail, planning), le temps passé pour l'élaboration des plannings, le nombre de rappels effectués et la méconnaissance de la fonction par les acteurs hospitaliers étaient des facteurs de risque d'un état anxieux ou dépressif de la population. L'activité physique, le soutien de la hiérarchie, les relations avec les différents acteurs hospitaliers, la reconnaissance de l'équipe étaient des facteurs protecteurs d'un état anxieux ou dépressif.

**Conclusion :** La population des cadres hospitaliers est une population à risque qu'il convient de suivre, en les accompagnant. Les préconisations principales sont : le soutien effectif de l'administration dans le quotidien du cadre (renforcement de la marge de manœuvre et écoute active), l'amélioration des échanges de pratique et l'aide pour certaines tâches (plannings et rappels d'agents).

**Composition du Jury :**

**Président : Pr. P. FRIMAT**

**Assesseurs : Pr. A. SOBASZEK, Pr. O. COTTENCIN, Dr. A. TRICHARD-SALEMBIER**