

- **Le cadre de santé**



« Chargé d'organiser l'activité paramédicale, d'animer l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations »
Fonction Publique Hospitalière

- **Un intérêt théorique et empirique envers les cadres de santé** (*Audrey et al., 2019 ; Adriaenssens et al., 2017 ; Van Bogaert et al., 2017; Miyata et al., 2015*).
- **Rareté des recherches privilégiant l'entrée par les paradoxes** (*Gentil et al., 2019*).
- **L'appréhension de la santé au travail des cadres de santé par le prisme du travail réel et des paradoxes** (*Cameron et Quinn, 1988 ; Smith et Lewis, 2011 ; Clot et Litim, 2008; Dejours et Molinier, 1994*).

En quoi la capacité des cadres de santé à réguler les paradoxes inhérents à leur activité est-il un élément structurant de leur santé ?

Quelques questionnements :

1. Quelle est la nature des paradoxes génériques dans le travail réel des cadres de santé ?

2. Quelles sont les stratégies de gestion de ces paradoxes ?

3. De quelle manière les cadres de santé font sens aux paradoxes afin de préserver leur santé au travail ?

Santé au travail et travail réel

- Le travail comporte trois dimensions : objective, subjective et sociale (*Dejours et Molinier, 1994*).
- L'exercice du travail s'accompagne de la confrontation du réel : jugement d'utilité et jugement de beauté (*Gernet et Dejours, 2009*).
- Le travail réel et la santé sont synonymes : dispute professionnelle et professionnalisme délibéré (*Clot et Litim, 2008 ; Clot, 2010*).

L'approche par les paradoxes

- L'existence de couples ago-antagonistes : autonomie/contrôle, stabilité/changement, identité/altérité (*Cameron et Quinn, 1988*).
- Qualification des paradoxes organisationnels : identitaire, pratique et organisant (*Smith et Lewis, 2011; Jarzabkowski et al., 2013*).
- Trois stratégies de gestion des paradoxes : l'ajustement, la confrontation et la transcendance (*Poole et Van de Ven, 1989; Jarzabkowski et al., 2013*).

Le cas du CHU de Tours

- Trois missions : le soin, la recherche et l'enseignement.
- Le CHU est organisé autour de 15 pôles cliniques et médico-techniques : « *l'Anesthésie, la Biologie médicale, le Bloc opératoire, la Cancérologie, le Cœur, les Enfants, la Gynécologie obstétrique, l'Imagerie médicale, la Médecine, la Néphrologie, les Pathologies digestives, la Psychiatrie, la Reconstruction, la Santé Publique et la Tête* ».

Une méthodologie qualitative fondée sur l'étude de cas

- Le choix d'une méthodologie qualitative (*Hlady-Rispal, 2002*).
- L'étude de cas unique : le CHU de Tours (*De La Ville, 2000*).

Les outils de collecte et le traitement des données

- Etude longitudinale : exploratoire (3 mois), intensive (12 mois) et validation (5 mois).
- Données collectées : 60 récits de pratique, observations non participantes et documents internes et externes (*livret d'accueil, projet de service, etc...*).
- Analyse thématique de contenu et codification en fonction de leur statut et du pôle d'appartenance (N'Vivo).

Présentation des données collectées

Différentes phases Sites du CHRU	Phase exploratoire 3 mois	Phase intensive 12 mois	Phase de validation 5 mois
BRETONNEAU (Anesthésie, Biologie médicale et Bloc opératoire)	2 Récits de pratiques 1 Observation (réunion de transmission) Documents : livret d'information, projet d'établissement	9 Récits de pratiques 1 Observation (analyse de situation professionnelle) Documents : livret d'information, réunion d'information	1 Récit de pratique 1 Observation (dispositif d'accompagnement) Documents : compte rendu des outils d'évaluation
CLOCHEVILLE (Cancérologie, Cœur et Enfants)	2 Récits de pratiques 1 Observation (réunion d'équipe) Documents : projet d'établissement, livret d'accueil	9 Récits de pratiques 1 Observation (l'environnement de travail) Documents : communiqué de presse	1 Récit de pratique 1 Observation (méthodologie de l'action) Documents : projet d'intervention, rapport de présentation du CHRU
TROUSSEAU (Gynécologie obstétrique, Imagerie médicale, Médecine)	2 Récits de pratiques 1 Observation (formation) Documents : projet d'établissement, projet médical partagé	9 Récits de pratiques 1 Observation (réunion pédagogique) Documents : chiffres clés 2019, communiqué de presse	1 Récit de pratique 1 Observation (management des services de santé) Documents : journal interne du CHRU
ERMITAGE (Néphrologie, Pathologies digestives et Psychiatrie)	2 Récits de pratiques 1 Observation (positionnement professionnel) Documents : projet d'établissement, livret d'information	9 Récits de pratiques 1 Observation (formation) Documents : intranet, livret d'accueil, projet de service	1 Récit de pratique 1 Observation (réunion d'équipe) Documents : rapports d'activité 2019
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE (Reconstruction, Santé Publique et la Tête)	2 Récits de pratiques 1 Observation (manager des équipes pluriprofessionnelles) Documents : projet d'établissement, projet pédagogique	9 Récits de pratiques 1 Observation (gestion des compétences) Documents : livret de fonctionnement, rapport de présentation	1 Récit de pratique 1 Observation (analyse des pratiques) Documents : journal interne du CHRU, projet médical partagé

Travail réel et paradoxes

« On subit une lourdeur avec tous ces outils. On n'a même pas le temps de capitaliser sur notre capital créatif » (CS-La médecine).

PARADOXE IDENTITAIRE

« On n'a pas besoin d'être pollué par les mails, les tableaux Excel, le reporting. Mon seul refuge reste le bloc opératoire » (CS-Le Bloc Opératoire)

« Ah ! la relation au soin, je n'y crois plus. On doit tout faire maintenant : former, recruter, gérer des conflits ? » (CS-Néphrologie).

PARADOXE DE LA PRATIQUE

« Notre seul repère, c'est d'être au four et au moulin. On est responsable de tout » (CS-Bloc opératoire).

« Nous avons déjà des temporalités fortes qui rythment nos activités quotidiennes. Je dois bricoler des solutions » (CS-Le Bloc Opératoire)

PARADOXE ORGANISATIONNEL

« Avant, il n'y avait que le soin et maintenant beaucoup de choses s'immiscent dans nos affaires et nos pratiques quotidiennes. Ce qui nous met en porte-à-faux avec nos équipes » (CS-Le Cœur)

Modes défensifs

CLOISONNEMENT

Chaque pôle constitutif de la tension est isolé l'un de l'autre et fait l'objet d'un traitement ad hoc

DILEMME

La résolution du paradoxe engage la focalisation exclusive sur un pôle de la tension au détriment de l'autre

DOMINATION

Les parties prenantes supportant chaque pôle de la tension s'engagent activement dans une confrontation afin de faire prévaloir leur point de vue.

Faire sens avec les paradoxes

AJUSTEMENT

Reconnaître la légitimité du paradoxe (capacité d'ambidextrie)

CONFRONTATION

Promouvoir le débat pour retrouver du sens (jugement d'utilité et un jugement de beauté)

TRANSCENDANCE

Recadrer le paradoxe en utilisant la dispute professionnelle

- **Premier enseignement** : les modes défensifs permettent d'identifier les paradoxes relevant du travail réel les cadres de santé.
- **Deuxième enseignement** : la dispute professionnelle doit permettre de transformer l'organisation pour que celle-ci soit favorable à la construction de la santé.
- **Troisième enseignement** : l'articulation des différents niveaux du travail réel (individuel, collectif et organisationnel) dans l'analyse des paradoxes.

- **Première implication managériale** : la promotion des dispositifs managériaux
- **Deuxième implication managériale** : la capacité des cadres de santé à réguler les paradoxes inhérents à leur activité, en mobilisant une capacité d'ambidextrie, est un élément structurant de la santé.
- **Troisième implication managériale** : le développement de modalités actives et délibérées de gestion des paradoxes afin de préserver la santé au travail.

