

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soins de santé

« Chef, le temps manque ! ».

**Rôle du cadre en soins de santé au départ de l'étude socio
historique du manque de temps des soignants.**

Présenté par : Dochy Vanessa
En vue de l'obtention du diplôme
de cadre en soins de santé.

Année scolaire : 2015 – 2016

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soins de santé

« Chef, le temps manque ! ».

**Rôle du cadre en soins de santé au départ de l'étude socio
historique du manque de temps des soignants.**

Présenté par : Dochy Vanessa
En vue de l'obtention du diplôme
de cadre en soins de santé.

Année scolaire : 2015 – 2016



« - Bonjour, dit le petit prince.

- Bonjour, dit le marchand. »

C'était un marchand de pilules perfectionnées qui apaisent la soif. On en avale une par semaine et l'on n'éprouve plus le besoin de boire.

« - Pourquoi vends-tu ça ? dit le petit prince.

- C'est une grosse économie de temps, dit le marchand. Les experts ont fait des calculs. On épargne cinquante-trois minutes par semaine.

- Et que fait-on de ces cinquante-trois minutes ?

- On en fait ce qu'on veut...

- Moi, se dit le petit prince, si j'avais cinquante-trois minutes à dépenser, je marcherais tout doucement vers une fontaine... »¹

Antoine de Saint-Exupéry, Le Petit Prince.

¹ Cette citation illustre que tout peut être mis en œuvre pour gagner du temps. Néanmoins, le temps gagné doit rester utile à l'atteinte d'objectifs compris et admis par les personnes concernées.

Avant-propos.

Quand nous avons débuté ce travail, nous étions interpellés par le nombre de fois que nous avons entendu exprimer que le temps manque. Nous possédons une personnalité construite sur des valeurs transmises par notre paternel. Celui-ci est fortement investi dans son travail et nous a enseigné à s'impliquer peu importe les difficultés à éprouver. Dès lors, nous avons pour habitude de réserver notre énergie à l'accomplissement de nos tâches et de nous exprimer peu sur le temps que nous estimons perdu ou manquant... Nous nous appliquons, de même, à respecter les délais, à gérer les priorités et entretenons peu le sentiment d'être stressé.

En conséquence, nous étions soucieux de voir des soignants agglutinés aux horaires, de les voir courir après le temps, devenir parfois agressifs devant la perspective de prester des heures supplémentaires et en rejeter la responsabilité sur le cadre en soins de santé. Nous étions inquiets de nous imaginer à la place de l'infirmier en chef et de se retrouver, à notre tour, dans la difficulté de faire face aux sollicitations des soignants qui revendiquent du temps.

Le temps nous a toujours paru une notion abstraite et d'ailleurs, nous ne portons jamais de montre. Nous nous sommes longtemps interrogés sur la définition que les autres donnent au temps et sur la valeur qu'ils lui prêtent.

Nous avons donc enfin l'opportunité de rechercher des réponses et d'y consacrer notre temps. S'il faut perdre du temps, autant que ce soit à une fin qui puisse satisfaire notre curiosité et peut-être même nous aider à affronter la réalité professionnelle pour laquelle nous nous préparons aujourd'hui.

Mais s'intéresser au temps et au manque de temps des soignants reste un exercice complexe car il expose au risque de demeurer dans un discours essentiellement philosophique. Beaucoup nous ont mis en garde sur le choix de notre sujet et nous avons renoncé à la tentation d'emprunter des chemins plus sûrs. Nous assumons les dangers de notre persévérance dans cette voie.

En conséquence, nous avons imaginé plusieurs scénarios pour mener à bien notre quête de compréhension. Nous avons peiné pour déterminer l'agencement et le contenu des chapitres du cadre conceptuel. Nous voulions dans un premier temps nous assurer que les problèmes que nous relevions étaient partagés par d'autres.

Ensuite, il fallait expliciter le temps, le travail, le temps de travail, le manque de temps et conclure par le rôle du cadre en soins de santé.

Réaliser une enquête de terrain est la première option envisagée. Nous hésitions alors entre l'opportunité d'interroger des soignants ou celle de rencontrer des cadres en soins de santé dans leurs vécus et leurs perceptions du temps. Nous nous sommes ainsi essayés à la construction d'outils. Nous avons même interviewé une infirmière à son domicile.

Mais les éléments que nous avons recueillis nous ont obligés à renoncer à la rencontre de soignants. D'une part, la littérature offre une abondance d'informations sur les maux dont ils souffrent. D'autre part, le ressenti exprimé par l'infirmière confirmait nos lectures. Nous nous exposions ainsi d'autant au risque de tourner en rond et d'investir beaucoup de ressources pour apporter peu de nouveauté.

Ensuite, notre ambition nous a poussés à envisager l'interview de cadres en soins de santé. Nous avons tâtonné dans cette voie un long moment. Des cadres ont accepté d'exposer brièvement leurs opinions sur le manque de temps des soignants mais refusaient de consentir à exprimer leurs vécus au cours d'un entretien. Nous avons ainsi profité de partages et de conseils constructifs pour la poursuite de notre travail sans aboutir formellement à une démarche pratique au sens premier du terme.

Néanmoins, notre objet d'étude se prêtait bien à une étude socio historique. Ainsi, son côté pratique s'accordait le droit de reposer sur une recherche uniquement documentaire. Nous nous sommes donc réalisés dans cette démarche et formulons des excuses pour ne pas être parvenus à réunir les ressources nécessaires afin d'approfondir nos réflexions.

Toutefois, nous restons convaincus que ce travail pourrait être enrichi par une recherche de terrain. Nous espérons donc que notre curiosité alimentera l'intérêt d'autres personnes plus expérimentées et que de nouvelles informations viendront ultérieurement compléter nos idées.



**A vous qui avez accepté de donner du
temps pour mener ce travail à sa fin et
pour vous en faire gagner à présent,
j'irai droit à l'essentiel...**

MERCI.

Table des matières.

Introduction.	1
Partie préliminaire.	3
1 Problématique.	4
2 Question de la recherche.	5
3 Etape préliminaire.	5
4 Méthode de recherche.	7
4.1 La méthode sociologique ?	7
4.2 La méthode historique ?	8
4.3 La méthode socio historique.	8
5 Les documents.	9
6 Rédaction et construction de la partie conceptuelle	9
7 Objectif du travail.	10
Partie conceptuelle.	12
1 Le soignant.	13
1.1 Profil du soignant.	13
1.2 Valeurs et paradigmes des soignants.	16
1.3 Les maux dont souffre le soignant.	18
1.3.1 L'étude Belimage.	19
1.3.2 L'étude NEXT.	19
1.3.3 L'étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.	20
1.3.4 L'avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins.	21
1.4 Travail du soignant.	22
2 Le travail.	24
2.1 Le travail est une contrainte.	24
2.2 Le travail est un plaisir.	26

3 Le temps de travail.	27
3.1 Définition du temps de travail.	27
3.2 Législation du temps de travail.	28
3.3 Temps libre.	30
4 Le temps.	33
4.1 Origines étymologiques du temps.	33
4.2 Temps et mythologie grecque.	35
4.3 Un phénomène naturel.	36
4.3.1 Le temps est un phénomène naturel biologique.	36
4.3.2 Le temps est un phénomène naturel atmosphérique.	39
4.4 Un construit humain.	40
4.4.1 Temps scientifiques.	42
4.4.2 Temps historique.	43
4.4.3 Temps individuels.	44
4.4.4 Temps sociologiques.	44
4.4.4.1. L'institution famille.	45
4.4.4.2. L'institution école.	45
4.5 Un vécu.	47
4.6 Le manque de temps.	50
5 Rôle du cadre en soins de santé.	55
5.1 Profil du cadre en soins de santé.	55
5.1.1 Origines de la profession de cadre en soins de santé.	55
5.1.2 Définition du cadre en soins de santé.	57
5.1.3 La difficulté du cadre en soins de santé.	59
5.1.4 L'hôpital est une entreprise ?	62
5.1.5 Responsabilité du cadre en soins de santé.	64
5.2 Rôle du cadre en soins de santé.	66
5.2.1 Gérer le temps mesurable.	67
5.2.1.1. Taylorisme.	68
5.2.1.2. Lean management.	69

5.2.2 Gérer le temps vécu.	73
5.2.2.1. Management de la contingence.	73
5.2.2.2. Management par les valeurs.	75
5.2.3 Améliorer le leadership.	78
5.2.4 Valoriser le travail des soignants.	83
5.2.5 Gérer le temps du cadre en soins de santé.	86
5.2.5.1. Gérer les priorités.	86
5.2.5.2. Gérer son hygiène du temps.	90
Conclusions et perspectives.	91
Bibliographie.	97
Annexes.	102
Annexe 1 : Personnalités évoquées dans le travail.	103
Annexe 2 : Représentations des divinités évoquées dans ce travail.	105
Annexe 3 : Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef.	108

Introduction.

Nous avons souvent entendu dire : « ... *On n'a pas le temps...* ». Sujet qui alimente les conversations des soignants, le temps semble être une préoccupation qui s'illustre à travers de multiples expressions telles que : «... *il ne faut pas perdre de temps...*», «... *quel temps fait-il aujourd'hui ?...*», «... *le temps, c'est de l'argent...*», «... *il faut donner du temps au temps...*», «... *le temps passe...*», «... *le temps est précieux...*», etc. De fait, chacun pense savoir ce qu'est le temps. Chacun en a sa représentation. Mais personne n'est capable d'en donner une définition commune.

Lorsque nous surprenons des soignants agglutinés devant l'affichage des horaires, exprimant leurs mécontentements au sujet de prestations irrégulières, d'heures supplémentaires et d'octrois de périodes de repos ou de congé, nous demeurons perplexes. Nous avons observé et constaté la difficulté de cadres de proximité à aménager des horaires pour satisfaire aux demandes de soignants. Nous les avons parfois vu se justifier et même s'exposer à des plaintes voire à de l'agressivité.

Or, il semble que le temps est au centre d'un débat sur l'organisation des soins. Sous l'effet de pressions économiques, les pratiques managériales en milieu hospitalier se seraient tournées vers des stratégies de gestion scientifiques du temps. Ce fait serait à l'origine d'une augmentation de la charge de travail des soignants.

La diminution des durées d'hospitalisation, l'accomplissement de nombreux actes principalement techniques et l'augmentation des tâches administratives contribueraient à diminuer les occasions pour les soignants de rencontrer les patients dans leurs vécus. Les conditions de travail seraient devenues pénibles et auraient un impact négatif sur leurs vies personnelles.

De son côté, le cadre en soins de santé a pour mission d'organiser la continuité et la qualité des soins avec les moyens qui lui sont alloués, notamment en termes de personnel et de temps.

Aspirant à devenir cadres en soins de santé, nous serons amenés à nous positionner entre deux logiques. D'une part, la politique et les objectifs institutionnels. D'autre part, les valeurs et les motivations d'une équipe de soignants.

Les problèmes relatifs au temps des soignants nous importent donc. Nous avons appris que les durées accordées aux soignants pour faire leurs soins² sont mesurées sur des données rationnelles.

² Peut-être devrait-on dire : «... *pour faire leurs techniques de soins...* » ?

Nous savons que des soignants se plaignent continuellement de manquer de temps alors que d'autres parviennent à effectuer leurs soins dans les délais.

Dès lors, nous nous demandons si le temps manque véritablement aux soignants et si le temps n'est pas un prétexte qui dissimule un autre problème. Nous nous interrogeons sur l'interprétation à prêter au manque de temps exprimé par les soignants et sur la réponse managériale à y donner.

Au départ de la problématique, « pourquoi les soignants³ disent-ils manquer de temps pour effectuer leur travail alors que le temps attribué aux soins semble suffisant ? Comment le cadre en soins de santé doit-il interpréter ces propos et quelle réponse managériale y donner pour pratiquer une gestion optimale du temps de travail des soignants ? », nous avons entamé un travail de réflexion sur le temps, le manque de temps et le rôle du cadre en soins de santé.

L'objet de notre étude étant le manque de temps d'un groupe, à savoir les soignants, nous avons en premier lieu imaginé user de la méthode sociologique pour nous aider dans nos recherches. Mais nous nous sommes aperçus qu'appréhender le manque de temps des soignants ne pouvait se réaliser sans adjoindre une vision historique du sujet. Il nous est donc apparu que la compréhension du manque de temps des soignants s'inscrit dans une démarche socio historique.

Au terme de ce travail, nous espérons trouver des réponses pour nous guider dans l'exercice de la fonction à laquelle nous prétendons. A cette fin, nous avons choisi de structurer notre travail comme suit :

La première partie présente la méthode de recherche au départ de laquelle est rédigée la suite du travail.

Le cadre conceptuel est découpé en cinq chapitres : le premier introduit le soignant, son profil et les difficultés qu'il rencontre. Le second définit le travail. Le troisième fait le lien entre le travail et le temps, il aborde le temps de travail. Le quatrième a pour vocation de conceptualiser le temps et de proposer une interprétation au manque de temps. Le dernier chapitre occupe une place de choix dans ce mémoire car il traite du rôle du cadre en soins de santé dans la gestion du temps.

Finalement, nous proposons nos dernières réflexions et nos conclusions.

Nous vous invitons à présent à nous suivre et souhaitons que le temps passé à la lecture de ce travail vous soit rendu.

³ Le terme soignant au sens où il sera utilisé dans ce travail regroupe des infirmières et des infirmiers.

PARTIE PRELIMINAIRE.

Pour faciliter la compréhension du lecteur dans la construction et l'organisation des chapitres qui composent le cadre conceptuel, nous avons choisi de débiter ce travail par une partie préliminaire. Celle-ci a pour objectif d'explicitier le choix des concepts développés ultérieurement et la stratégie méthodologique retenue pour les aborder.

1 Problématique.

La problématique, déjà énoncée dans l'introduction, est la suivante :

Pourquoi les soignants disent-ils manquer de temps pour effectuer leur travail alors que le temps attribué aux soins semble suffisant ? Comment le cadre en soins de santé doit-il interpréter ces propos et quelle réponse managériale y donner pour pratiquer une gestion optimale du temps de travail des soignants ?

Deux parties ou deux questions composent cette problématique :

La première suggère que les soignants expriment un manque de temps. Nous avons surpris des collègues dire qu'ils n'ont pas le temps. Aussi, la formation de cadre en soins de santé enseigne que les temps accordés aux soignants pour effectuer leur travail sont calculés et octroyés au départ de mesures et de standards nationaux. Le temps semble ainsi suffisant. Nous nous demandons alors pourquoi les soignants expriment un manque de temps.

La seconde partie de la problématique pose la question du rôle du cadre en soins de santé. Comment ce dernier doit-il interpréter le manque de temps des soignants ? Existe-t-il un manque de temps réel ? Le manque de temps exprimé cache-t-il un autre problème ? A partir de la conceptualisation du temps et de l'interprétation du manque de temps, quelle stratégie managériale adopter ?

Dès lors, certains concepts nécessitent d'être développés, à savoir :

- Le temps. Qu'est-ce que le temps ? Ce concept semble simple et usuel. Pourtant, sa conceptualisation reste complexe.
- Le travail. Chacun y accorde ses propres valeurs et sa propre définition. Comment définir le travail ?
- Le temps de travail. Il serait logiquement la combinaison du temps et du travail. Il est soumis à une importante réglementation qu'il importe de résumer.

- Le soignant et son travail⁴ constituent des notions que tout infirmier en chef est supposé maîtriser du fait de la logique progression du statut de soignant à celui de cadre en soins de santé. Pourtant, de nouveaux profils de gestionnaires de soins de santé apparaissent. Ils sont parfois issus d'autres parcours professionnels⁵. Dès lors, définir le soignant, son activité et ses valeurs paraît une étape préalable pour expliciter ses difficultés en termes de temps.
- Le cadre en soins de santé. Généralement entendu comme l'infirmier ou l'infirmière en chef, sa fonction et son profil ont considérablement évolués. Beaucoup continuent de le décrire comme l'intermédiaire entre les soignants et l'institution. Quelle position occupe-t-il ? Proposer un rappel de l'évolution de la fonction de cadre en soins de santé, de sa mission mais aussi de notre représentation s'avère opportun.

2 Question de la recherche.

La problématique formulée au départ de notre expérience professionnelle reste à confirmer. Le manque de temps que nous avons entendu exprimer par les soignants est-il relaté par la littérature ? Existe-t-il un problème de temps ? Le manque de temps est-il un prétexte qui cache un autre problème ? Comment le cadre en soins de santé doit-il entendre le manque de temps des soignants ? Quelle importance y allouer ? Quelle stratégie managériale adopter ?

Enfin, la question initiale de la recherche est :

Quel sens et quelle réponse managériale le cadre en soins de santé doit-il donner au manque de temps exprimé par les soignants ?

3 Etape préliminaire.

Anticipativement à la recherche, nous souhaitons exprimer notre vision a priori de la problématique. Cette étape permettra d'identifier les biais constitués, entre autres, par nos opinions. Ces dernières sont difficiles à écarter et risquent d'influencer la rédaction de la partie conceptuelle.

⁴ Le soin.

⁵ Dans notre promotion, nous avons notamment une kinésithérapeute qui prétend à la fonction de cadre en soins de santé.

Il s'agit donc ici de s'y pré-parer⁶. Plusieurs réponses sont, pour nous, possibles à la question de recherche formulée au point 2.

Soit, les soignants manquent réellement de temps pour faire leurs soins. S'il est envisageable que certains soignants manquent véritablement de temps pour faire leurs soins, nous croyons peu que tous soient effectivement en difficulté. En effet, si nous admettons que les soignants manquent de temps, comment expliquer que certains parviennent à finaliser leurs soins dans les délais? Nous pensons qu'accorder un temps indéfini aux soignants pour faire leur travail n'est pas une solution. Certains d'entre eux ne l'utiliseront de toute façon pas au bénéfice du soigné. En conséquence, il est possible que le manque de temps évoque une baisse de motivation et un défaut d'efficacité. Ces facteurs peuvent être corrigés par le management.

Soit, le manque de temps est dû à une organisation et à une gestion inefficaces des soins. Nous sommes réservés à ce sujet. En admettant cette hypothèse, nous rejetons l'intégralité des problèmes sur le management et sur le cadre de soins de santé. Nous pensons que le cadre en soins de santé joue un rôle important dans l'organisation et la motivation des soignants. Mais, selon nous, des soignants s'appliquent systématiquement à opposer des résistances et à mettre à mal les décisions de leur chef d'unité. Le temps deviendrait alors un prétexte pour ne pas obtempérer. « ...*Chef, je n'ai pas le temps...* » serait à entendre comme « ...*Chef, je n'ai pas envie, je ne veux pas...* ».

Soit, le manque de temps cache un autre problème. Nous pensons cela plausible. Mais ce raccourci nous semble dangereux à emprunter. Certaines unités de soins souffrent réellement de problèmes relatifs au temps. La gestion du temps, la planification des horaires, l'organisation des soins, la coordination des activités y sont inefficaces et nécessitent d'être optimisées. En ce sens, nous admettons que des améliorations rationnelles du management y sont envisageables.

Enfin, notre opinion peut être résumée : les soignants disent manquer de temps car le temps dont ils bénéficient est mal utilisé et parfois investi dans des jeux de résistances au management. Nous pensons dès lors que des améliorations du management sont envisageables dans les buts de gagner du temps et de redonner un sens au travail des soignants.

⁶ Nous avons choisi de diviser le mot préparer en pré-parer. Notre volonté est de se préparer avec anticipation (pré) à se prémunir (parer) du danger de nos opinions.

4 Méthode de recherche.

Ce travail s'intéresse au manque de temps exprimé par les soignants. Nous entendons par soignants, les infirmiers et les infirmières. Notre intérêt se porte préférentiellement sur les soignants du secteur hospitalier pour des raisons d'homogénéité et de distance scientifique.

Effectivement, au moment où nous réalisons la majeure partie de ce travail, nous exerçons dans une maison de repos du secteur privé et sommes susceptibles d'être influencés par notre subjectivité. De même, nous pensons que les pratiques sont plus facilement comparables dans le secteur hospitalier⁷. Les soignants hospitaliers constituent notre premier groupe d'intérêt.

Or, dans ce travail, un second groupe y occupe une place pondérante, à savoir les cadres en soins de santé. Nous y incluons tout professionnel amené à manager directement les soignants en milieu hospitalier. Pour comprendre, expliciter et suggérer le rôle du cadre en soins de santé dans la problématique du manque de temps exprimé par les soignants, la méthode sociologique semble donc être un premier choix.

4.1 La méthode sociologique ?

La méthode sociologique s'intéresse au fonctionnement d'un groupe social identifié. Elle a pour mission de rendre compte de la réalité sociale d'un groupe, de ses représentations, de sa culture, de ses habitudes, de ses valeurs et des rapports que le groupe entretient avec d'autres ou de sa relation à un phénomène social. Elle a pour objectifs de comprendre comment fonctionne un groupe, de décrire un fait social, d'apporter des réponses et de construire un savoir. Elle correspond donc à la méthode que nous souhaitons utiliser pour poursuivre notre recherche. Mais en partie seulement car nous souhaitons envisager la dynamique dans la relation au temps des soignants et des cadres en soins de santé.

Pour cela, il est nécessaire de présenter l'évolution des deux groupes. L'usage de la méthode historique est également séduisant.

⁷ Les maisons de repos définissent chacune leur projet de vie et leur charte de qualité. Elles sont nombreuses et leurs philosophies de soins sont multiples. Elles se prêtent donc difficilement aux comparaisons.

4.2 La méthode historique ?

Recourir à la méthode historique pour une recherche sur le manque de temps est intéressant. D'autant que la méthode historique s'intéresse elle aussi aux faits sociaux. Elle a pour objectif d'expliquer et de comprendre un fait en décrivant les phénomènes passés qui ont contribué à sa réalité.

Elle nécessite l'énonciation d'une hypothèse. Dans ce cas, l'opinion formulée au point 3 peut être reprise en tant que telle : les soignants disent manquer de temps car le temps dont ils bénéficient est mal utilisé et parfois investi dans des jeux de résistances au management. Des améliorations du management sont envisageables dans les buts de gagner du temps et de redonner un sens au travail des soignants.

Enfin et faute de pouvoir choisir entre les méthodes sociologique et historique, la méthode socio historique est retenue pour guider notre démarche.

4.3 La méthode socio historique⁸.

La méthode socio historique emprunte des éléments à la sociologie et aux autres disciplines des sciences sociales. Au départ des événements passés, son objectif est de comprendre des phénomènes sociaux présents dans leurs processus et dans leur temporalité. Elle s'illustre par deux aspects à savoir, d'une part, l'étude du passé pour expliquer le présent. D'autre part, l'analyse des relations à distance, c'est-à-dire, l'étude des phénomènes de causalité.

Outre les deux aspects pré énoncés, l'usage de la démarche socio historique nécessite également de s'intéresser davantage aux acteurs en les restituant dans le contexte social dans lequel ils évoluent. De même, l'étude des relations de pouvoir, des situations conflictuelles et de la solidarité sociale est une étape essentielle.

La méthode socio historique se définit comme une boîte à outils pour permettre la compréhension de phénomènes sociaux présents et ne constitue pas un savoir empirique. Elle utilise un vocabulaire emprunté à la sociologie⁹. Elle impose au chercheur d'être scientifiquement rigoureux et de s'abstenir de tout jugement de valeurs. La méthode socio historique constitue enfin la démarche que nous choisissons pour guider nos recherches de documents et pour construire la partie conceptuelle de cette épreuve intégrée.

⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Socio-histoire> (page consultée le 1 juillet 2015)

⁹ Ex : groupe, communauté, ...

5 Les documents.

Sur base des thèmes que nous souhaitions aborder dans ce travail, nous avons imaginé plusieurs mots clés : temps, temps de travail, travail, temps et infirmière, travail infirmier, temps cadre en soins de santé, gestion du temps de travail, manque de temps, souffrance infirmière, sociologie du temps, histoire du temps de travail, ...

Dans un premier temps, nous avons choisi l'option de la recherche sur internet à l'aide des mots clés. Nous avons été exposés à une multitude d'adresses et de références parmi lesquelles il fallait effectuer un choix, si possible, pertinent. Après une première lecture des documents, nous sommes parvenus à en identifier certains qui possédaient un intérêt scientifique. Nous nous sommes alors intéressés à leurs bibliographies afin d'y trouver des références récurrentes et parvenir à retracer des documents importants. Nombreux d'entre eux sont indisponibles car en rupture d'édition ou en accès protégé sur le net. Nous avons donc basé nos écrits sur les documents qui nous ont semblé les plus intéressants parmi ceux qui demeuraient disponibles.

Suite à cette première sélection, nous nous sommes aidés de la méthode historique. Nous avons procédé dans l'ordre chronologique décrit par Patrick Vantomme¹⁰ :

1. Identifier le document.
2. Lire et analyser le document.
3. Déterminer le contexte historique du document pour en favoriser la compréhension.
4. Commenter le document.

Nous nous sommes enfin appliqués à trier nos documents en fonction de nouveaux mots clefs et en vue de la rédaction de la partie conceptuelle.

6 Rédaction et construction de la partie conceptuelle

Nous avons choisi de structurer la partie conceptuelle en cinq chapitres. Nous avons longtemps envisagé débiter cette partie par un premier chapitre sur le temps. Nous pensions ce choix logique. Pourtant, après plusieurs essais de rédaction et de remaniements, nous avons renoncé à ce choix.

¹⁰ Vantomme P., *Méthodologies de recherche : balise 13, la méthode historique.* , année scolaire 2013-2013, p. 4.

Dans un premier temps, nous avons donc préféré contextualiser la problématique et introduire le cadre conceptuel par un chapitre qui présente le soignant et les difficultés auxquelles il est exposé.

Ensuite, comme le travail du soignant est évoqué au premier chapitre, il nous a semblé opportun de donner une définition globale du travail. Pour ce faire, nous avons tenté de proposer des visions dialectiquement opposées du travail dans un second chapitre.

Avant d'en venir à la conceptualisation du temps, nous avons souhaité inclure un troisième chapitre charnière entre le deuxième et le quatrième. Pour faire la liaison entre le travail et le temps. Le troisième chapitre essaie de résumer la législation du temps de travail.

Le quatrième chapitre s'applique à définir le temps, une notion usuelle et complexe à entrevoir sous l'ensemble de ses aspects. Après avoir recherché et tenté de se focaliser sur les principales conceptions du temps, ce même chapitre s'achève sur un essai d'interprétation du manque de temps.

Finalement, le cadre en soins de santé et son rôle articulent la construction du dernier chapitre de la partie théorique. Ce chapitre « *phare* » éclaire le profil du cadre, l'historique de sa fonction, ses difficultés et propose des solutions pour gérer les problèmes relatifs au temps.

7 Objectif du travail.

Bien que la problématique soit axée sur le manque de temps des soignants, l'objectif de ce travail intéresse le cadre en soins de santé. Le cadre en soins de santé doit, entre autres, organiser les soins et gérer le temps des soignants. Or, ceux-ci disent manquer de temps pour faire leurs soins, devoir prêter des heures supplémentaires et être stressés en raison de délais limités pour une charge de travail importante.

De fait, nous pensons qu'entamer un travail sur le manque de temps des soignants nous ouvre la possibilité d'essayer de comprendre le contexte et d'imaginer comment s'y positionner en tant qu'infirmier (ière) en chef d'unité.

Certains diront que le sujet du temps reste foncièrement philosophique, abstrait et complexe. Persévérer dans son étude est ainsi audacieux et nous expose au risque de nous égarer. Des passages de ce travail confirmeront cette opinion.

Néanmoins, s'interroger sur le manque de temps des soignants suscite notre intérêt et suggérer des solutions relève du défi. Nous pensons également que le secteur des soins de santé est appelé à évoluer et à connaître de grands bouleversements dont certains ont déjà suscité de vives réactions des soignants. Les cadres en soins de santé seront exposés à faire face à ces changements et à relever le défi d'organiser des soins de qualité avec des moyens limités. Débuter cette réflexion constitue donc, pour nous et dès ce jour, un entraînement aux challenges que nous aurons à relever dans la pratique de la profession à laquelle nous prétendons. D'autant que la gestion du temps des soignants nous occupera au quotidien.

PARTIE CONCEPTUELLE.

1 Le soignant.

Au départ de l'audition de soignants qui expriment manquer de temps pour faire leurs soins, faire des heures supplémentaires, être dans l'urgence, être surchargés de tâches et souffrir de leurs conditions de travail, nous avons entamé une réflexion sur le temps. Qu'est-ce que le temps ? Pourquoi les soignants disent-ils manquer de temps ? Le temps manque-t-il ? Que faire pour répondre à la problématique formulée plus avant dans ce travail ? Autant de questions auxquelles nous essaierons d'amener des réponses au fur et à mesure des chapitres. Mais, entendu que ce travail s'intéresse au groupe des soignants et que récemment de nouveaux profils¹¹ de cadres en soins de santé apparaissent, nous pensons opportun de définir le soignant. Qui est-il ? En quoi consiste son travail ? Quelles sont ses valeurs ? Enfin, de quels maux souffre-t-il ?

1.1 Profil du soignant.

Beaucoup entretiennent l'image de la femme qui, jadis, s'occupait des malades à domicile ou de la religieuse qui apportait son aide aux nécessiteux. Ce serait ainsi l'héritage du passé qui alimente, encore aujourd'hui, les valeurs et les paradigmes¹² sur lesquels se fondent les professions de soins. Même si, dans les premières civilisations, les hommes donnent aussi des soins aux malades, la profession de soignant reste étroitement liée au statut de la femme dans la société. Nicole Pierre Jeanguiot¹³ dans une recherche socio-historique explicite que, depuis les origines des soins, les femmes soignent par vocation. Leur sensibilité, leur douceur, leur humanisme, leur abnégation, leur instinct maternel, leur subordination au père, puis à l'époux et leur obéissance contribuent à construire la représentation de la femme soignante.

Au Moyen Âge, de génération en génération, les femmes se transmettent des savoirs empiriques autour de l'accouchement, de l'hygiène, de la santé et de l'alimentation.

¹¹ Nous avons, par exemple, une kinésithérapeute dans notre promotion.

¹² Voir point 1.2 de ce chapitre.

¹³ <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm> (page consultée le 16 février 2015)

Certaines, même, développent une médecine populaire fondée sur l'expérience et l'usage de préparations, de recettes considérées comme de la sorcellerie. L'Eglise, pour limiter le pouvoir de ces femmes, entame une chasse aux sorcières.

Au XVIII^{ème} siècle, la maladie est une punition de Dieu. Pour soigner les malades, héberger les nécessiteux et contrôler les déviances, les hospices et les hôtels-dieu voient le jour. Les religieuses et quelques femmes marginalisées y sont autorisées à dispenser des soins dans la charité, le dévouement, la rédemption et la foi spirituelle. La médecine et les soins y sont rudimentaires, les locaux restent insalubres et l'hygiène est totalement absente. A cette époque, seuls, les hommes sont autorisés à pratiquer la médecine.

En 1633, Saint Vincent de Paul¹⁴ crée la compagnie des filles de la charité. Il recrute des femmes peu instruites, humbles, seules, douées de valeurs hautement morales et disposées à mener une vie monastique. Il leur enseigne l'obéissance au médecin et le dévouement au malade. Jusqu'en 1789, l'infirmière est donc une employée subalterne qui exerce une activité fortement domestique. Elle assure les tâches ménagères, élimine les déchets, distribue les repas, veille les malades, accompagne les mourants et obéit au médecin sous la surveillance de la religieuse.

Pendant un siècle encore, et même après que l'Etat assure un contrôle administratif sur les hôpitaux, des religieuses continuent d'exercer. Les infirmières demeurent alors des femmes bénévoles, indéfiniment disponibles, corvéables et soumises aux ordres médicaux, religieux et administratifs. C'est à partir de 1870, que les religieuses sont invitées à quitter progressivement les hôpitaux.

Suite au départ des religieuses, la profession infirmière va se développer en parallèle d'une évolution médicale de plus en plus technique¹⁵. Pour répondre à un besoin accru de personnel formé, des écoles d'infirmières sont créées. On y donne des cours d'anatomie, de physiologie et de morale. Des jeunes filles peu instruites y sont sélectionnées pour leur dévouement et leur obéissance aux médecins et à l'administration. Elles sont dévalorisées, logées dans des conditions minimales et perçoivent un salaire négligeable en compensation d'horaires de travail épuisants. Toutefois, l'infirmière est libérée de certaines tâches domestiques telles que le ménage et la cuisine. Elle devient la collaboratrice disciplinée du médecin.

¹⁴ Cf. annexe 1.

¹⁵ Ne dit-on pas que les infirmières sont une profession para médicale ?

En 1898 et suite à l'impulsion du modèle anglais de Florence Nightingale¹⁶, Anna Hamilton crée une école. Elle préconise le recrutement d'infirmières parmi une population instruite et aspire à une éducation supérieure afin de responsabiliser les infirmières. Mais ses idées rencontrent des résistances car les médecins souhaitent conserver un personnel subalterne.

Plus tard, en 1905, Léonie Chaptal¹⁷ développe aussi son école d'infirmières. Son action est alors ambivalente. Si d'une part, elle souhaite former des infirmières avec des connaissances étendues, elle garantit, d'autre part, l'obéissance de ces dernières aux médecins en recrutant des jeunes filles catholiques et en assurant des cours de morale.

En 1949 et pour des raisons de pénurie d'infirmières, le statut d'aide-soignante est créé. Depuis, en quête de valorisation, les infirmières se sont tournées vers des soins de plus en plus techniques et les spécialisations s'identifiant d'autant au modèle médical. Par conséquent et malgré leurs vœux d'autonomie professionnelle, leur travail s'organise généralement selon une logique taylorienne orientée sur l'acte. Aujourd'hui¹⁸ encore, les infirmières continuent d'entretenir un paradoxe. D'une part, elles manifestent leur volonté d'affirmer leur rôle propre en approfondissant leur science par l'introduction de la démarche en soins infirmiers, le diagnostic infirmier et le jugement clinique. D'autre part, l'évolution des hôpitaux les incite à pratiquer des soins essentiellement techniques au centre desquels la relation avec le soigné trouve difficilement sa place. Elles revendiquent alors la pratique d'un travail particulier à savoir : être un soignant. Le soignant est celui « ... *qui prend soin d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit, en aucun cas, détruire la santé de cette personne...* »¹⁹. Pourtant, la réalité témoigne peu de cette particularité. Dans les écrits des dossiers de soins infirmiers, les actes relevés sont principalement techniques et démontrent rarement la pratique d'un rôle autonome.

¹⁶ Nightingale élabore un modèle de la profession d'infirmière en tant que profession autonome et non assujettie aux médecins. Elle introduit la notion de « *nursing* » spécifique à l'infirmière qui constitue le socle de l'identité professionnelle.

¹⁷ Cf. Annexe 1.

¹⁸ Et surtout à partir de 1978 avec la reconnaissance d'un rôle autonome dans la législation.

¹⁹ Gineste Y. et Pellissier J., *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris, Editions Armand Colin, 2014. p. 205.

De fait, les professions de soignants tardent à s'émanciper. Le soignant exerce toujours principalement dans des institutions de soins, dans des unités de soins où l'organisation et la surveillance de leur travail sont confiées une supérieure²⁰.

Généralement, l'unité de soins a la particularité d'offrir un service 24h/24 aux clients, ce qui nécessite de pratiquer une gestion qui assure la continuité et la qualité des prestations des différents acteurs. Ce fait implique la disponibilité temporelle des soignants amenés à prêter des horaires irréguliers et parfois contraignants. Mais aussi et souvent, la qualité de soins repose sur leur engagement professionnel et sur leur dévouement à effectuer de nombreuses tâches diversifiées en lieux et places d'autres intervenants. Or, ces derniers sont multiples. Au sein d'une unité de soins se rencontrent des corps professionnels²¹ issus de milieux socio-culturels variés. Chacun possède son système de valeurs et une mission spécifique. Parmi eux, les soignants semblent conserver des valeurs héritées de leur histoire.

1.2 Valeurs et paradigmes des soignants.

Selon M-F Collière²², les valeurs et les croyances des soignants sont les résultats de plusieurs facteurs. Un premier est l'héritage du passé. Longtemps exercé par des religieuses, le métier de soignant est influencé par des valeurs spirituelles, l'humanisme, le dévouement et la vocation.

Ensuite, les évolutions dans les conceptions de la maladie, du soigné, de la relation soignant-soigné, de la santé, de la médecine, du travail et du milieu de travail ont fortement modifié les valeurs des soignants. De même, les changements socio-économiques, l'amélioration des conditions de vie, les redéfinitions de la famille, la formation et la revalorisation de la profession de soignant ont également eu un impact. Dès lors, l'ensemble de ces facteurs ont participé à créer des paradigmes²³.

Raymond Gueibe²⁴ identifie cinq représentations ou paradigmes de soins.

Le paradigme maternant est caractérisé par les valeurs de la femme qui témoigne d'affectivité, d'émotion et de douceur. Le soignant maternant est disponible, généreux, discret et soumis. Il établit une relation interpersonnelle avec le soigné de type « parent à enfant ».

²⁰ L'infirmière en chef ou le cadre en soins de santé.

²¹ Médecins, kinésithérapeutes, aides-soignants, techniciens de surfaces, infirmiers, ...

²² Collière M-F., *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris, InterEditions, 1996. 440 pages.

²³ Un paradigme est une représentation ou une manière de voir les choses.

²⁴ [https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/R. Gueibe.doc](https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/R._Gueibe.doc) (page consultée le 16 août 2013)

Le paradigme religieux est animé des valeurs véhiculées par la chrétienté : la charité, l'humilité, la bienfaisance, l'obéissance, la vocation, l'assistance aux personnes dans le besoin et le respect à tout prix de la vie donnée par Dieu. Le paradigme humaniste entretient une vision holistique de l'Homme. Ses valeurs sont le respect de l'être humain, l'égalité, la tolérance, la solidarité, l'accès pour tous aux soins de santé, l'autonomie du patient, l'empathie et le développement personnel. Le paradigme scientifique est représenté par des valeurs telles que la rigueur, l'objectivité, la recherche, la mesure, la méthode, le savoir, la formation, la technique et l'expertise. Enfin, dans le paradigme libéral et/ou professionnel, les valeurs sont orientées vers l'objectif de produire. Si les soignants qui appartiennent à ce paradigme maintiennent une part d'autonomie dans leur travail, ils privilégient néanmoins les intérêts collectifs. Rentabilité, contrôle de l'exercice professionnel, productivité, performance et professionnalisme sont des valeurs portées par ce paradigme qui est souvent entretenu par des cadres en soins de santé.

Chaque profession renferme des valeurs qui lui sont propres et qui sont autant de signes d'identification et de reconnaissance pour les individus et la société. Ces valeurs ont pour fonction de définir une vision commune entre les individus d'une même profession et d'en assurer la cohésion. Or, Dominique Moncuillon²⁵ considère que la souffrance des soignants trouverait son origine dans leur incapacité à définir un éthos²⁶ professionnel. La diversité des paradigmes cités ci-dessus en témoignerait.

Ainsi, même si les soignants et précisément les infirmières disent appartenir à un groupe social particulier, elles continuent d'avoir de la difficulté à définir leur identité collective et leur rôle propre. L'origine du problème résiderait dans la multiplicité de facteurs qui influencent les représentations des professions de soins.

Les soignants exercent dans le secteur public ou le secteur privé, dans des institutions diverses²⁷, dans des services et spécialisations différentes²⁸. Leurs horaires de travail sont variables. Les associations professionnelles sont très nombreuses, véhiculent chacune leurs propres valeurs et témoignent de l'incapacité à définir une identité commune.

²⁵ <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/35/5.pdf> (page consultée le 4 décembre 2014)

²⁶ Un éthos peut être défini comme une forme d'identité, un ensemble de manières d'être, de valeurs et d'éthiques qui orienteraient les pratiques et les manières d'agir.

²⁷ Maisons de repos, cliniques, hôpitaux psychiatriques, ...

²⁸ Gériatrie, pédiatrie,

Certains soignants se considèrent comme des professionnels et d'autres comme des techniciens exerçant un métier. Les écoles, les parcours scolaires pour accéder aux professions de soins et les niveaux d'études sont multiples. De plus, les soignants possèdent leurs systèmes de valeurs individuels, variés et influencés par la classe sociale, les trajectoires personnelles, les évolutions du statut familial et les choix de carrière.

L'ensemble créerait des disparités de valeurs et de paradigmes de soins rendant la cohésion et l'action collective difficile voire impossible. Ces aspects expliqueraient les résistances aux changements et les échecs de projets de soins qui nécessitent une participation collective. L'individu, perdu dans ce macrocosme de valeurs et de représentations, serait en manque de repères et subirait un malaise identitaire. Le soignant se retrouverait alors mis à mal dans l'exercice de sa profession et témoignerait d'une souffrance qui s'expriment à travers des études nationales et internationales.

1.3 Les maux dont souffre le soignant.

Au-delà du malaise identitaire cité ci-dessus, il semble que les professions de soins rencontrent de nouvelles difficultés. Les soignants, face à un contexte et à des institutions de santé en mutation rapide, se retrouvent dépourvus.

A partir de 1975, l'émergence de la crise économique a obligé l'Etat à contrôler les dépenses de santé et à imposer aux institutions de soins de tenir une comptabilité. Les limitations de budgets forcent depuis les structures de santé à revoir leurs pratiques en matière de gestion et de consommation. La préoccupation actuelle n'est plus uniquement de garantir un service de qualité individuellement mais aussi de sauvegarder un système de sécurité sociale dans l'intérêt de tous.

Si ces nouvelles dispositions offrent les avantages d'uniformiser et de rationaliser les pratiques de soins, elles ont aussi apporté leurs lots d'inconvénients. Il semble que l'organisation des soins est devenue complexe et se pratique selon des timings jugés trop courts par les soignants. Ces derniers travailleraient sous tension et ne parviendraient plus à rencontrer les patients dans leurs vécus. Selon eux, le leadership serait inefficace et suffirait à aggraver leurs perceptions négatives des conditions de travail.

Ainsi, les soignants manifesteraient leur mal être à travers des comportements multiples : absentéisme, *burnout*, désengagements, fuite de la profession, agressivité, dépression et autres. De plus, les soignants manqueraient de temps.

Ce fait retient notre attention et est également évoqué dans des recherches telles que les études Belimage et NEXT, l'étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé²⁹ et l'avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins.

1.3.1 L'étude Belimage³⁰.

L'étude Belimage est réalisée par Madame Elisabeth Darras entre 2001 et 2003. Selon les résultats de la recherche, plus de 41% des infirmières interrogées se plaignent de ne pouvoir dispenser les soins qu'elles souhaitent. Près de 69% d'entre elles considèrent que le contexte des soins est stressant. Environ 60% des infirmières seraient incapables de s'attarder et de développer une relation personnelle avec le patient et ce à cause d'un manque de temps.

Enfin, certaines n'auraient pas la possibilité de répondre à des demandes spécifiques des patients, de l'écouter et de l'éduquer.

Le manque de temps semble donc être une plainte qui se répète. Mais pas seulement, les conclusions de cette étude prouvent que les infirmières aiment leur profession, que ce sont les conditions de travail qui les épuisent. Elles revendiquent de bénéficier d'une politique de soutien adéquate ainsi que d'être managées par des chefs compétents.

1.3.2 L'étude NEXT³¹.

Financée par l'Union Européenne et réalisée entre 2002 et 2005, l'étude NEXT a pour objectif de mettre en évidence les raisons qui poussent les infirmières à quitter précocement la profession et ceci à travers dix pays. Les résultats basés sur des comparaisons tirées des pratiques infirmières et managériales dans les différentes nations étudiées fournissent des éléments intéressants.

²⁹ http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/what_sailingournurses-f.pdf (page consultée le 20 mars 2014)

³⁰ <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Rapport%20version%20finale.pdf> (page consultée le 2 mars 2014)

³¹ <http://www.hosp.ucl.ac.be/recherche/NEXTBelgium-OrganizationalFactors.pdf> (page consultée le 23 mars 2014)

Il semble que les facteurs communs qui représentent des sources d'insatisfaction sont le nombre élevé de week-ends de travail, d'heures supplémentaires ou de rappels à domicile. Le manque d'influence sur la définition du travail infirmier et la difficulté à concilier les vies privée, familiale et professionnelle sont aussi mis en avant. S'y ajoutent, le manque d'autonomie et de flexibilité dans la détermination des schémas horaires, l'insécurité d'emploi et l'ergonomie inadéquate des locaux et matériels. Enfin, l'absence de leadership de qualité est citée.

Dans cette étude aussi, la gestion du temps occupe une part non négligeable des problèmes. Nous en retenons également que les infirmières affirment que l'absence de leadership de qualité est une condition de démotivation. Selon les infirmières, les buts et valeurs de l'organisation, le style de management, la dynamique de l'équipe, la reconnaissance du travail et la conception du rôle des soignants sont déterminants dans l'implication du personnel de santé à effectuer leurs tâches.

1.3.3 L'étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé³².

Selon cette étude menée en 2006, les maux qui infligent les infirmières au Canada sont :

- La lourde charge de travail,
- Les heures supplémentaires,
- Les horaires de travail rigides et imprévisibles,
- L'insécurité et les répercussions sur la santé du personnel infirmier,
- Le soutien inadéquat du management,
- Les mauvaises relations avec les médecins et les autres professionnels de la santé,
- Le peu de possibilités de développement et de perfectionnement professionnel,
- Le peu d'autonomie dans les prises de décisions et le manque de reconnaissance,
- L'inefficacité du leadership.

³²http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/what_sailingournurses-f.pdf. (page consultée le 11 juin 2014)

Les infirmières seraient moins nombreuses pour s'occuper de patients plus âgés, plus malades, plus exigeants et en constante augmentation. Pour achever leur travail, les infirmières presteraient des heures supplémentaires à l'excès.

La fatigue accumulée augmenterait l'absentéisme, les maladies et les blessures mais aussi le risque d'erreurs et d'accidents.

De plus, les infirmières doivent souvent exécuter des tâches inadaptées à leurs fonctions et qui pourraient être déléguées ou rendues à d'autres professionnels afin de consacrer plus de temps aux soignés. Elles accusent leurs gestionnaires d'être inefficaces, de ne pas les soutenir et de ne pas les respecter. Enfin, cette étude présente deux conclusions déjà citées plus haut : un manque de temps et un problème de leadership.

1.3.4 L'avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins³³.

Enfin et plus récemment, le 11 juin 2009, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers publie un avis relatif à la problématique infirmière dans les institutions de soins. De nouveau, des problèmes de temps et d'inefficacité du leadership y sont évoqués.

Ce seraient l'augmentation des besoins en termes de soins, le nombre croissant de personnes âgées, l'évolution médico-technique, la complexité et l'intensité des soins infirmiers associés à la pénurie de professionnels infirmiers qui contribueraient à accentuer le problème.

Mais l'accent y est surtout mis sur l'intérêt de pratiquer une différenciation entre les professions de soins (infirmiers, infirmiers spécialistes, aides-soignants, aides-logistiques et infirmiers en chef).

Cet avis nous paraît important dans l'évolution de l'exercice de notre profession car il introduit la différenciation des membres de l'équipe soignante. Il attire ainsi l'attention sur le fait que le cadre en soins de santé nécessite de devenir un professionnel à part entière. Le cadre en soins de santé devra acquérir des connaissances multiples en gestion, production et coût des soins de santé mais aussi une compréhension des rôles des membres de son équipe.

³³<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2form/19061950.pdf> (page consultée le 26 juin 2014)

L'infirmier en chef, pour être efficace, sera capable d'organiser des soins holistiques et de qualité avec des infirmiers formés à déléguer et à surveiller des tâches chronophages et non essentielles à l'exercice de leur spécificité.

D'autres travaux ont été réalisés sur les conditions de travail des soignants, certains incluent même la souffrance de médecins. Tous, ou presque, incriminent des facteurs liés à la gestion du temps.

En conséquence, le temps nous paraît constituer un problème pour beaucoup de professionnels de santé. Cette assertion nous encourage dans notre quête de compréhension du manque de temps évoqué par les soignants.

Nous sommes néanmoins surpris de constater que les soignants imputent une part de leurs difficultés au leadership. Peut-être le leadership efficace que se représentent les soignants est-il celui pratiqué par un manager qui maîtrise, distribue rationnellement et équitablement le temps en l'en-cadran³⁴-t ?

Prétexer une inefficacité des cadres en soins de santé nous paraît un raccourci trop facile à emprunter. La position de cadre en soins de santé a évolué et s'est professionnalisée ces dernières années. Dès lors, nous pensons que les infirmiers en chef démontrent une volonté d'optimiser l'organisation des soins de santé. Par contre, a priori, nous émettons qu'il est possible que le manque de temps cache un autre problème. Peut-être ce problème prend-t-il racine dans la définition du travail du soignant ? Quel est ce travail ?

1.4 Travail du soignant.

Le travail du soignant est le soin. Le dictionnaire Larousse³⁵ en donne une première définition : le soin est une attention portée à quelque chose, une application. Un second sens est apporté par un site internet : « ... *Le soin est une charge, un devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose, donc, une responsabilité...* »³⁶.

En le décrivant comme une charge, un devoir, une responsabilité, cette signification semble exclure que le soin comporte des aspects positifs.

³⁴ Le cadran est une surface portant les divisions d'une grandeur (temps, pression, vitesse, etc.) et devant laquelle se déplace une aiguille qui indique la valeur de cette grandeur. Le cadran solaire porte des divisions correspondant aux heures du jour.

Cet aspect énoncé, nous imaginons donc le cadre (l'encadrant) comme le maître du temps au sein de son unité. Le cadre de proximité est celui qui gère le temps, le contrôle, le divise et le répartit.

³⁵ Le petit Larousse illustré, Edition 2012.

³⁶ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin/> (page consultée le 7 janvier 2014.)

Frédéric Wroms définit le soin comme « ... *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même...* »³⁷. Selon lui, le soin est plus qu'un acte technique. Il est chargé d'affectivité. Il nécessite d'entretenir des intentions bienveillantes voire de l'amour.

Marie-Françoise Collière³⁸ décrit le soin comme le premier art de la vie. Bien avant de devenir un art infirmier, le soin est exercé par des femmes qui accompagnent les mourants, baignent et nourrissent les nouveaux nés, s'occupent des malades et offrent leur aide lors d'accouchements.

Le soin se traduit alors dans des gestes simples de la vie courante en présence ou non de maladie et ce dans le souci de s'occuper d'une personne. Les gestes à travers les expériences de soins se transmettent, s'enseignent et assurent la continuité de cultures et d'organisations sociales. Aux gestes s'ajoutent les paroles qui alimentent les échanges, la relation avec l'autre et qui appellent à exister.

C'est au départ de la transmission des gestes, des paroles et de l'intention portée à l'autre que se sont construites les professions des soignants et les valeurs sur lesquels reposent leurs pratiques et leur travail.

Mais c'est aussi la transmission essentiellement orale des savoirs infirmiers qui constituent aujourd'hui un frein à la reconnaissance d'un rôle autonome. Longtemps écartées de l'accès à l'écriture, les femmes ont laissé peu d'écrits témoignant de leurs pratiques, de leurs observations, de leurs connaissances et de leur science. En conséquence, l'avenir des soignants repose sur la naissance récente d'une recherche en soins infirmiers encore timide. Les infirmières tardent et hésitent à user de l'écriture pour témoigner de leur savoir. Elles continuent d'opposer des résistances, de maintenir que leur travail est particulier et qu'écrire prend trop de temps. Pourtant, témoigner de la spécificité du prendre soins et valoriser les pratiques infirmières ne se fera qu'à la condition d'écrire.

Les soignants se retrouvent face à de nombreux changements. Le contexte économique actuel impose de préalablement justifier avant de prétendre à obtenir. L'hôpital et son financement n'échappe pas à cette règle. Les soignants devront donc s'y adapter et rédiger les documents nécessaires à prouver la valeur de leur travail. Mais qu'est-ce que le travail, au fait ?

³⁷ Wroms F., *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris, Editions puf, 2010, p. 21.

³⁸ Collière M-F., *Soigner... Le premier art de la vie.* Paris, InterEditions, 1996. 440 pages.

2 Le travail.

De tout temps, les Hommes ont travaillé. Au même titre que le temps, le travail semble donc être une notion bien connue et acceptée de tous. Pourtant, alors que certains expriment le travail comme une obligation voire comme une occupation nécessaire pour vivre, d'autres le décrivent tel un plaisir, une passion et parfois même une vocation. Nous nous demandons alors pourquoi, et notamment à la vue de certains soignants, la vocation pour leur profession qu'ils expriment et qui devrait provoquer leur épanouissement se retrouve mêlée à des sentiments d'insatisfaction et de souffrance. Il semble que face aux nombreux changements qui touchent le secteur des soins de santé, les soignants ne s'y retrouvent plus. Les objectifs institutionnels les forceraient à pratiquer leurs soins dans des conditions qui s'inspirent d'autres professions marchandes. Les soignants revendiquent alors que soigner est un travail particulier et ne s'apparente à aucun autre. En conséquence, nous nous interrogeons sur le sens du travail et sa finalité.

2.1 Le travail est une contrainte.

Des nombreuses définitions proposées par le dictionnaire nous retenons que le travail est une activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose voire « ... *une activité laborieuse de l'homme considérée comme un facteur essentiel de la production et de l'activité économique...* »³⁹. Le travail est également une occupation régulière, rémunérée et peut être ressenti comme une charge. En médecine, il est une phase douloureuse de l'accouchement. Le travail est enfin une cage dans laquelle des animaux sont immobilisés en vue d'être opérés. Sur la base du dictionnaire, nous imaginons donc le travail comme une forme de souffrance ou de contrainte.

Les origines étymologiques du mot travail confirment cette impression. Le mot travail trouverait son origine dans l'instrument de torture à trois pieux utilisé pour ferrer les chevaux et appelé tripalium⁴⁰.

Toutefois, il semble que le travail s'apparente à d'autres racines telles que labor en latin qui signifie la réalisation d'une tâche pénible.

³⁹ Le petit Larousse illustré, Edition 2012.

⁴⁰ Un tripalium est aussi un catafalque funéraire, soit l'établi sur lequel repose le cercueil dans une église.

Arbeit, en allemand, représente la peine et la souffrance. Mais aussi, les mots slavon, padoma et robota se traduisent en esclave. Il n'est donc pas étonnant qu'aujourd'hui encore certains continuent d'entretenir une vision négative du travail.

Dès le départ, des écrits religieux décrivent le travail comme une malédiction. Après avoir commis le péché originel, l'Homme est condamné à gagner son pain et à cultiver la Terre à la sueur de son front. L'Histoire témoigne du travail comme un ensemble de tâches lourdes et dégradantes réservées aux esclaves dans la Grèce Antique. Au moyen-Âge, les travailleurs sont des agriculteurs, des ouvriers et des esclaves sous la propriété de nobles. Ils sont pour la plupart mal considérés et peu ou pas rémunérés.

A partir des années 1780, les premières industries font leurs apparitions. Dans ces dernières, des machines permettent un gain de temps notable et permettent de réaliser des projets de grande envergure. La mécanisation et la production en industrie, pour être rentable, exige une organisation rationnelle et scientifique du travail. Les rythmes de travail s'intensifient. De leurs côtés, les chemins de fer provoquent l'harmonisation des horaires. Le temps de l'agriculture cède sa place à la mesure, à l'uniformisation des temps de travail et au temps des usines qui dicte les autres temps de vie.

Alors que l'évolution des technologies et des spécialisations continuent de créer des catégories professionnelles et sociales mieux valorisées, la main d'œuvre immigrée constitue les esclaves des temps modernes. Petit à petit, le travail se dématérialise. Les artisans disparaissent progressivement et les métiers de services se multiplient. Le travail manuel sans qualification reste peu reconnu, mal rémunéré et peu agréable.

Au XVIII^e siècle, l'économie devient une science. Le travail prend alors une nouvelle valeur. Il crée la richesse ; il permet d'accéder à un meilleur niveau de vie et au confort matériel. Avec des rythmes de plus en plus minutés et intenses, le travail continue d'être associé à l'effort et à la peine. Pour gagner plus, il faut travailler plus, plus vite, plus longtemps. Le travail emprunte ainsi une dimension inédite. Il devient l'occupation d'individus qui consentent à échanger leur labeur contre un salaire dans l'espoir de consommer plus et dans la crainte de manquer d'un revenu financier. Le travailleur contemporain n'est plus un esclave. Il est un prisonnier du boulot voire un aliéné du boulot. Isolé et privé de liberté, le travailleur étouffe face à sa machine sur laquelle il répète le même geste vide de sens.

Chaque jour, son corps et son esprit mortifiés attendent le son de la cloche qui les libèrera enfin d'un travail automatisé dont l'Homme n'est qu'un rouage.

2.2 Le travail est un plaisir.

Pourtant, le travail reste la condition de la survie. Il est un trait spécifique de l'espèce humaine qui la distingue de l'animal. Le travail de l'Homme est orienté vers un but. Il est la manifestation de l'activité créatrice de l'Homme. Voltaire disait à ce sujet que « *...le travail éloigne de nous trois grands maux : l'ennui, le vice et le besoin...* »⁴¹. Le travail est donc utile. Il permet de créer des produits, des services et des richesses. De même, le travail permet à l'Homme de se réaliser, de lutter contre la nature en la transformant et d'améliorer les conditions de vie humaines.

S'il est vrai que le travail réclame l'investissement d'efforts, il contribue néanmoins à satisfaire d'autres instincts tels que la curiosité, le jeu, la réflexion, le besoin de gratification, la cohésion sociale, la compétition et le pouvoir.

Le travail a créé l'Homme. Pour survivre dans une nature hostile, l'Homme a dû inventer des outils, aménager son territoire, organiser sa survie, collaborer avec ses semblables et domestiquer d'autres espèces. Aujourd'hui encore, le travail permet de se réaliser. Le produit du travail est utile pour le travailleur qui perçoit un revenu. Il est utile pour le client et la société qui profitent du produit et de la richesse du travail. Pour certains, il est synonyme de plaisir car ils y affirment leurs valeurs et y trouvent la reconnaissance.

Le travail représente enfin un élément important de la réalité sociale. Pour être productif, le travail collectif nécessite d'être organisé. L'organisation suppose la mesure, les règles, le partage de valeurs, la hiérarchisation et l'ordre. Ces derniers sont des facteurs essentiels du fonctionnement de la vie en société. Il faut donc briser cette croyance d'un travail aliénant et reconnaître dans le travail les conditions du progrès social humain.

Travailler nécessite de la coordination, de la coopération, des objectifs collectifs, de l'organisation, de la gestion et la définition de temps de travail. Le temps de travail est une notion fondamentale de la législation du travail et du bien-être au travail. Le suivant chapitre présente brièvement quelques aspects législatifs du temps de travail.

⁴¹ Citation de Voltaire issue de *Candide, ou l'Optimisme*.

3 Le temps de travail.

Au départ, les rythmes de travail étaient dictés par la nature et la nécessité de survivre à un environnement sauvage. Les Hommes étaient nomades, chassaient, pêchaient, fabriquaient leurs outils, leurs vêtements, ils s'abritaient et se protégeaient d'éventuels prédateurs. Au Moyen-âge, les temps de travail et les temps de vie continuaient d'être mélangés. Les Hommes étaient principalement des agriculteurs au service de nobles et de l'église. Ils cultivaient leurs champs aux rythmes des saisons et des fêtes religieuses. A partir du XIII^e siècle, la mesure des temps de vies devient de plus en plus précise. Les temps de travail et les temps individuels commencent à être dissociés. La révolution industrielle marque le début d'un temps de travail rationnel où le « tic-tac » des horloges remplace le son de la cloche. Les Hommes sont regroupés et enfermés dans des lieux afin d'y effectuer des tâches dans un temps limité. Le capitalisme industriel pose la question du contrôle et de l'organisation du temps de travail. Le temps de travail est une notion complexe car elle regroupe de nombreux éléments. Ce chapitre en présente quelques-uns.

3.1 Définition du temps de travail.

Le temps de travail est défini comme « *...la période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, conformément aux législations et/ou pratiques nationales...* ». ⁴²

La vie en société telle qu'elle est organisée actuellement n'aurait pas été possible sans l'usage d'un temps standard, d'horloges et de calendriers. On attribue au service postal britannique par diligence et aux chemins de fer l'origine de l'uniformisation du temps dans le monde occidental. Pour coordonner les nombreux horaires locaux, une mesure mécanique et exacte du temps a été introduite et a progressivement investi les autres domaines de la vie sociale. L'apparition des usines et des modèles de gestion de types tayloriens ont ensuite généré des cadres temporels stricts de travail.

⁴² <http://europe-infos.eu/europeinfos/fr/archives/numero158/article/5547.html> (page consultée le 14 décembre 2014)

Ainsi, avec une organisation obéissant aux rythmes des machines, aux durées quotidiennes et hebdomadaires d'emploi, aux mesures, aux temps assujettis à certaines tâches, aux normes de production, aux contrôles de la hiérarchie et aux cadences imposées par les clients, le temps de travail revêt un aspect contraignant. Jusqu'à une époque récente où la création d'un Code du travail fait suite à des luttes sociales pour l'octroi de périodes de congé, de limitations des durées de travail et d'autres revendications dans l'organisation du travail et du temps de travail. Notion fondatrice du droit du travail, le temps de travail est à présent fortement réglementé. Néanmoins, la semaine de travail⁴³ reste la référence temporelle et modèle la vie sociale.

3.2 Législation du temps de travail.⁴⁴

La loi du 16 mars 1971 art.19, al.2 sur la durée de travail et du temps de repos a pour finalité de protéger le travailleur contre les abus que pourrait exercer son employeur. Elle détermine les limites du temps de travail, les périodes pendant lesquelles le travail est presté et prévoit des temps de repos. La loi identifie les pratiques qui constituent la règle générale, c'est-à-dire, ce qui devrait être appliqué par tous les employeurs. Toutefois, la législation prévoit toute une série de dérogations aux cinq principales interdictions qu'elle formule ; à savoir :

- L'interdiction de travailler au-delà des limites normales de la durée du travail.
- L'interdiction de faire travailler des personnes en dehors des horaires qui leur sont applicables.
- L'interdiction de travailler le dimanche.
- L'interdiction de travailler les jours fériés.
- L'interdiction de travailler la nuit⁴⁵.

La durée du travail est le temps pendant lequel le personnel est à la disposition de l'employeur. Elle est limitée à huit heures par jour ou quarante heures par semaine maximum⁴⁶.

⁴³ Du lundi au vendredi.

⁴⁴ Ce paragraphe présente un résumé de la législation à titre illustratif. Pour les lecteurs intéressés d'en connaître plus, le texte de loi est consultable à l'adresse :

http://erecruiting.selor.be/Data/Selection/2013/AFG13086_Loi%20sur%20le%20travail_16031971.pdf

⁴⁵ La prestation de nuit est un horaire dans lequel les travailleurs sont habituellement occupés entre 20 heures et 6 heures et fournissent toujours leurs prestations entre minuit et 5 heures du matin.

⁴⁶ Cette limite est depuis le 1^{er} janvier 2003, fixée à 38 heures par semaine sur base annuelle.

Néanmoins et moyennant une dérogation, ces limites peuvent être élargies sous certaines conditions notifiées dans un règlement de travail et/ou une convention collective de travail. Ainsi, la durée de travail, par exemple peut être portée à neuf heures par jour voire à onze heures par jour et à cinquante heures par semaine. Sauf cas de force majeure, elle ne peut excéder douze heures par jour. De même, la limite minimale de temps de travail quotidien est fixée à trois heures⁴⁷.

Dans la plupart des cas, le législateur prévoit que si la limite normale de la durée de travail a été dépassée, des repos compensatoires doivent être accordés de sorte que la durée hebdomadaire normale de travail soit respectée et ceci sur une période de référence d'un trimestre. Le dépassement des limites normales de la durée du travail donne droit au paiement d'un sursalaire.

La loi précise également les modalités pour l'octroi des périodes de repos. Ainsi, une pause d'un quart d'heure doit être octroyée après six heures de prestation. Un intervalle de onze heures consécutives minimum doit séparer deux prestations⁴⁸.

Enfin, dans le cadre de cette loi, sont traités des sujets tels que :

Les horaires flexibles. Ils introduisent une variabilité dans les horaires de travail. Cette variabilité est néanmoins limitée et ne peut dépasser deux heures en plus ou en moins de l'horaire journalier habituel. Les horaires flexibles permettent donc de dépasser les limites normales de la durée de travail sans excéder neuf heures par jour et quarante-cinq heures par semaine. Leur application nécessite d'avertir le travailleur au moins sept jours à l'avance. Les horaires flexibles doivent figurer au règlement de travail.

Les horaires variables. Leur utilisation est similaire aux horaires flexibles. Cependant, ils intéressent principalement le travailleur à temps partiel.

Les heures supplémentaires. Elles doivent rester occasionnelles pour permettre de répondre à une surcharge de travail imprévisible.

La récupération. Au-delà d'un nombre d'heures limité sur une période déterminée, la récupération des heures supplémentaires doit être accordée avant la fin de la période de référence. La période de référence est généralement de trois mois⁴⁹ et le nombre d'heures maximal à récupérer est de soixante-cinq heures.

⁴⁷ 6 heures la nuit.

⁴⁸ Celui qui arrête son travail le soir à 20 h, ne pourra le reprendre que le lendemain matin à 7 h au plus tôt. Pour pouvoir commencer à travailler à 5 h du matin, il faut s'arrêter la veille à 18 h.

⁴⁹ Elle peut être étendue à un an maximum.

Toutefois, le travailleur a le choix de renoncer à la récupération des heures excédentaires à concurrence de nonante et une heures par an.

Le travail du dimanche. En principe interdit, il est autorisé sur la base d'une dérogation et sous certaines conditions. La prestation du dimanche ouvre le droit à un repos compensatoire au cours des six jours qui la suivent.

La semaine de quatre jours, les nouveaux régimes de travail, la réduction du temps de travail, les petits chômages, le salaire garanti en cas de maladie, d'accident ou de repos de maternité, les dérogations⁵⁰ et d'autres sujets sont aussi évoqués. Finalement, la loi définit ce qui constitue ou non du temps de travail. Le temps pendant lequel le travailleur reçoit une formation ou des instructions en rapport avec son travail, le temps d'attente de clients d'un vendeur et les déplacements entre deux lieux de travail d'un même employeur sont considérés comme temps de travail.

Par contre, le temps de déplacement du domicile au lieu du travail, les pauses et les périodes consacrées à la prise d'un repas ne sont pas comptabilisés comme du temps de travail. De même, les heures de gardes dormantes sur le lieu de travail et les gardes rappelables à domicile sont exclues car le travailleur est disponible mais peut ne pas effectuer de prestations.

3.3 Temps libre.

Il semble que le temps libre s'oppose de façon grandissante au temps de travail. Pour cette raison, nous choisissons de l'évoquer ici. Gilles Pronovost⁵¹ estime que le temps libre est en lente augmentation. Il serait passé de trois heures vingt-huit minutes à quatre heures quatre minutes par jour entre 1975 et 1985, soit quatre heures et douze minutes de plus par semaine du budget-temps. Actuellement, le temps libre serait estimé à un peu plus de cinq heures et huit minutes par jour excluant la période de sommeil. Cette réalité fait du temps libre, l'objet de revendications et de négociations. Chacun veut préserver cette partie du temps pour s'adonner à ses loisirs⁵².

⁵⁰ Ces dérogations impliquent, dans la plupart des cas, le respect de différentes conditions ainsi qu'une autorisation préalable.

⁵¹ Pronovost G., *Sociologie du temps*. Paris, Bruxelles, Editions DeBoeck Université, 1996. p. 100.

⁵² Les loisirs composent l'un des quatre secteurs économiques de croissance du vingtième siècle. Dès lors, ils ont eux aussi un coût et constituent l'enjeu de stratégies politiques et économiques.

De leur côté, les soignants manifestent également leur volonté d'accéder à plus de temps libre. Ils expriment non seulement manquer de temps pour faire leurs soins mais aussi que les prestations d'horaires irréguliers, d'heures supplémentaires, de weekends et de jours fériés réduisent la qualité de leurs temps libres. Ce fait semble d'autant plus marqué que le travailleur est jeune.

La génération Y⁵³, par exemple, se caractérise par sa grande valorisation du temps libre. Les individus qui la composent sont de moins en moins prompts à sacrifier⁵⁴ leur vie privée pour le travail. Pourtant, ils manifestent un empressement à évoluer dans leur carrière. Ils sont habitués à utiliser les outils modernes qui leur permettent de communiquer et d'obtenir des informations dans l'immédiateté. Les jeunes sont ainsi susceptibles de mal tolérer, voire de refuser des dépassements d'horaires et donc de développer rapidement des signes de mécontentement.

Néanmoins nous émettons une réserve concernant certaines contraintes inhérentes à l'exercice des professions de santé. Nous savons les soignants sensibilisés dès leurs formations au fait que la prise en charge de personnes malades suppose la prestation d'horaires irréguliers. En persévérant dans cette voie, les soignants ont accepté cet aspect.

Beaucoup d'efforts ont été et continuent d'être accomplis pour mesurer la charge de travail des soignants, pour la diviser rationnellement et pour optimiser la gestion du temps. Si la législation tend à améliorer les conditions de travail, il n'en reste pas moins que la complexité croissante des conventions sur les temps de travail⁵⁵ continue de diversifier les horaires et les durées individuelles d'emploi. Ce phénomène a pour conséquences d'alourdir et de compliquer la gestion du personnel en termes de programmation, de planification, de négociation et d'ajustements.

Particulièrement dans le secteur des soins de santé où les soignants sont majoritairement des femmes. Ces dernières réduisent leurs temps de travail pour concilier vie professionnelle et vie privée. De plus, les infirmières seraient en pénurie. Cette pénurie devrait augmenter à partir de 2015 avec le départ à la retraite d'anciennes et il manquerait de nouvelles recrues pour les remplacer.

⁵³ La génération Y regroupe des personnes nées approximativement entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1990.

⁵⁴ Se sacrifier... voici un terme bien religieux...

⁵⁵ Nous l'avons vu plus haut. Toutes sortes de dérogations à la législation sur la durée de travail et les temps de repos sont possibles moyennant avis préalable et concertation avec les partenaires sociaux.

Enfin, parce que la demande de soins est en constante augmentation et devrait éclater à partir de 2015, notamment en raison de la prise en charge des papys boomers.

Dès lors, la question de l'équilibre entre le temps de travail et le temps libre se pose. Un grand nombre de travailleurs souhaitent bénéficier d'aménagements de leur temps de travail pour se réaliser dans leurs occupations privées.

Mais la notion de temps de travail continue néanmoins d'être marquée par les personnalités. Tous les travailleurs n'entretiennent pas une même relation au temps. Si certains aspirent à réduire leur temps de travail, d'autres continuent de privilégier leurs carrières professionnelles. Parmi ces derniers, se retrouvent des salariés qui justifient leurs heures supplémentaires par l'amour du travail et d'autres qui prestent davantage dans l'espoir d'augmenter leur rémunération et leur niveau de vie. La gestion du temps de travail réclame finalement de s'adapter aux diverses situations, de s'inspirer de différentes pratiques managériales et de s'interroger sur le sens du temps.

Au fait... qu'est-ce que le temps ?

4 Le temps.

Avant de poursuivre, nous invitons le lecteur à s'interroger : Pour vous, qu'est-ce que le temps ? Quelle valeur lui accordez-vous ?

Nous imaginons que votre première tendance est de répondre que cela dépend de plusieurs facteurs et que définir le temps est difficile. En effet, de nombreux auteurs se sont prêtés à l'exercice⁵⁶ et ont longuement recherché LA réponse sans parvenir à la trouver. Saint Augustin disait à ce sujet : « ...*Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais. Mais si on me le demande et que je veuille l'expliquer, je ne le sais plus...* »⁵⁷. Nous-mêmes avons rencontré quelques difficultés à exposer notre définition du temps. Alors que le temps semble être une notion connue et maîtrisée, elle reste singulière. Et c'est sans doute cette singularité qui rend le temps difficilement conceptualisable.

Pourtant, nous persévérons de comprendre ce qu'est le temps.

4.1 Origines étymologiques du temps.

Étymologiquement, le mot temps dérive des racines indo-européennes tem⁵⁸ et tep⁵⁹. Ces racines se retrouvent dans les mots grecs temnein⁶⁰, tomos⁶¹, teplo⁶², tempero⁶³ et temperatura⁶⁴. On retrouve dans le latin tempus⁶⁵ et tepor⁶⁶ des origines au mot français temps. Une première distinction peut dès lors être faite entre, d'une part, des mots qui renvoient à la chaleur et à la température. D'autre part, ceux qui désignent une forme de coupure. La forme de découpage la plus communément acceptée est celle en trois parties qui se succèdent, s'articulent, s'annulent et se renouvellent : le passé, le présent et le futur. De même, le temps peut être divisé en secondes, minutes, heures, jours, semaines, mois, années, etc.

⁵⁶ Par exemples, des auteurs tels que H. Bergson, Aristote, E. Kant et E. Durkheim ont écrit sur ce sujet. Certains d'entre-eux et leurs conceptions du temps sont reprise à l'annexe 1.

⁵⁷ <http://www.artefake.com/SAINT-AUGUSTIN-Qu-est-ce-donc-que.html> (page consultée le 17 février 2014)

⁵⁸ Couper.

⁵⁹ Chaleur.

⁶⁰ Couper.

⁶¹ La tranche.

⁶² Chaleur.

⁶³ Tempérer.

⁶⁴ La température.

⁶⁵ Fraction de la durée. On retrouve aussi dans « tempus » une valeur relative au vécu qui renvoie à la notion de temporalité. La temporalité est la mesure individuelle et psychologique donnée au temps.

⁶⁶ Chaleur, température.

Le mot temps est aussi dérivé du grec kronos⁶⁷ qui est l'homonyme de chronos⁶⁸ et l'objet d'ambiguïté dans l'interprétation des deux termes. Toutefois, les mots français actuels⁶⁹ issus de ces derniers laissent envisager que le temps est une mesure.

Les origines et les filiations du mot temps sont finalement à la base de nombreux sens dans la langue française. Aussi, le dictionnaire⁷⁰ propose plusieurs définitions reprises ci-après :

Le temps est une catégorie grammaticale qui donne de la structure et un contexte au discours. Le temps est un milieu infini dans lequel se succèdent les événements. Il est représenté par une ligne unidirectionnelle sur laquelle sont repris des dates qui se suivent et témoignent de l'Histoire des Hommes et du monde. Le temps est un mouvement ininterrompu par lequel le futur devient le présent et le présent devient le passé. Il est donc une force agissant sur le monde, les objets et êtres, les fait vieillir et mourir. Le temps est une durée considérée comme une quantité mesurable. Le temps ou les temps représentent des phases successives d'une opération, d'une action, d'un pas⁷¹. Le temps est un état de l'atmosphère en un lieu donné et à un moment donné. Le temps est une phase d'un cycle d'un moteur, d'un cycle biologique, d'un cycle saisonnier ou encore, d'un cycle naturel. Le temps est la division de la mesure en musique. Le temps est une dimension de l'Univers. Le temps est un moment favorable à telle ou telle action. Il est une opportunité. Le temps est un mouvement. Il est un rythme.

Enfin et vu l'éventail des définitions du temps, il s'impose de les regrouper, de les structurer dans le but d'en faciliter l'explicitation et la compréhension. Entendu que des origines et que les premières réflexions sur le temps sont issues de la Grèce Antique, nous nous sommes intéressés à la mythologie grecque.⁷² C'est au départ de cette dernière que nous avons construit notre conceptualisation du temps.

⁶⁷ Titan brutal de l'Olympe qui ayant été averti que l'un de ses propres enfants le détrônerait, il les avala un par un, au fur et à mesure qu'ils naissaient. Il parvint à les manger tous, à l'exception de Zeus. On associe, à tort, le nom de Kronos à Chronos. Il est vrai que la confusion est d'autant plus possible que Cronos possède aussi des attributs du temps.

⁶⁸ Chronos est la personnification du Temps. Il est décrit comme un vieil homme armé d'une faux.

⁶⁹ Par exemple : chronomètre.

⁷⁰ Dictionnaire Larousse, édition 2012.

⁷¹ Exemple : un pas en chorégraphie.

⁷² Il faut savoir que les premières réflexions sur le temps sont issues de la Grèce Antique.

4.2 Temps et mythologie grecque.

Dans la mythologie grecque, le dieu le plus célèbre et le plus puissant de l'Olympe est Zeus. Il est le père de douze filles qui forment un groupe appelé *Les Heures*. Elles représentent les divisions de la journée et ont pour rôles, d'abord, d'organiser le cours de la nature grâce aux saisons, ensuite, d'assurer l'ordre, la justice naturelle et la paix dans la vie des Hommes. Les heures sont souvent représentées comme des femmes qui effectuent une ronde autour de personnages, notamment autour de Chronos⁷³.

De son côté, le Dieu Chronos⁷⁴ personnifie également le temps. Son image est habituellement un vieillard avec deux ailes noires tenant une faux dans une main et une clepsydre dans l'autre⁷⁵. Ces symboles témoignent de son affectation à juger de la destinée des hommes. Chronos serait responsable de la segmentation du temps en passé, présent, futur mais aussi en heures, secondes et minutes. Le temps qu'il détermine est celui qui passe, quantitatif, linéaire⁷⁶ et qui correspond au temps mesuré dans les sociétés modernes. Chronos est généralement associé à deux personnalités, à savoir Kairos et Aiôn.

Kairos⁷⁷ est le petit dieu de l'opportunité et de la circonstance incarné dans un jeune homme dont il faut pouvoir s'en saisir quand il passe et ce, par l'unique mèche de cheveux qu'il porte sur la tête. Il est considéré comme la représentation d'une dimension qualitative du temps. Il encourage à vivre en profondeur l'occasion qui se présente. Aiôn⁷⁸ est une divinité illustrée dans un cercle qui englobe l'Univers, le Zodiaque et les cycles naturels tels que les cycles des saisons, les cycles des marées et les cycles biologiques. Le temps cyclique qu'il dessine décrit une période indéfiniment longue voire infinie et qui se renouvelle sans cesse.

Ainsi, la mythologie grecque comporte des divinités qui représentent le temps de plusieurs sortes. Il serait un concept qui ordonne, structure, organise, divise⁷⁹ et mesure⁸⁰. Il peut être une circonstance, un vécu, une opportunité mais aussi une échéance voire la sanction morbide.

⁷³ Cf. annexe 2.

⁷⁴ Cf. annexe 2.

⁷⁵ Cette représentation rappelle étrangement la représentation de la mort.

⁷⁶ Nous y reviendrons.

⁷⁷ Cf. annexe 2.

⁷⁸ Cf. annexe 2.

⁷⁹ En heures, par exemple.

⁸⁰ Par des cadrans et des horloges.

Enfin, le temps est de même un cycle ou un phénomène naturel. Ce constat est interpellant. Serait-ce la combinaison de ces aspects qui permettrait d'identifier le sens du temps ?

Faute de pouvoir l'affirmer, nous proposons, toutefois, de créer trois catégories pour conceptualiser le temps. La première définit le temps comme un phénomène naturel. La seconde comme un construit humain. Enfin, la troisième envisage le temps comme un vécu.

4.3 Un phénomène naturel.

Un phénomène peut être défini comme « ...*la façon dont une chose du monde physique ou psychique se présente à notre esprit, par opposition à ce qu'est en soi la chose réellement existante...* »⁸¹. Si de nombreux auteurs s'accordent sur la non existence du temps en tant que matière palpable, le fait d'en avoir conscience et de le représenter sous diverses formes⁸² en fait néanmoins un phénomène.

La nature obéit à des rythmes. Ces rythmes peuvent être internes et particuliers à des organismes biologiques. De même, ils peuvent être induits par des facteurs extérieurs, cycliques, saisonniers et atmosphériques.

4.3.1 Le temps est un phénomène naturel biologique.

En 1719, le scientifique Jean-Jacques d'Ortous de Mairan⁸³ décrit pour la première fois le temps, ou plutôt, le rythme auquel des feuilles de Mimosa s'ouvrent en continue indépendamment du jour et de la nuit.

Tout être vivant, qu'il soit humain, animal ou végétal est soumis à des rythmes naturels biologiques. « ...*Un rythme biologique se définit comme la variation périodique ou cyclique d'une fonction particulière d'un être vivant...* »⁸⁴. Il peut être physiologique, biochimique et comportemental⁸⁵.

Les processus biologiques ont un temps qui leurs sont immanents. Ces rythmes biologiques se caractérisent par des alternances régulières d'activités élevées et d'activités faibles. Chacun d'eux a un rôle essentiel à la vie.

⁸¹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Ph%C3%A9nom%C3%A8ne> (page consultée le 25 mars 2015)

⁸² Horloges, calendriers, figures mythologiques, ...

⁸³ Cf. annexe 1.

⁸⁴ http://www.med.univmontp1.fr/enseignement/masters_LMD/M1/Physiologie_integree_et_homeostasi_e/M1_physio_integree_homeostasie_RYTHMES.pdf (page consultée le 14 septembre 2014)

⁸⁵ Exemples : temps de sommeil, temps de repas.

Chaque être vivant, y compris l'être humain et son organisation physiologique, est soumis à des rythmes biologiques. Par exemples, vingt-trois heures, cinquante-six minutes et quatre secondes est le temps qu'il faut à la terre pour effectuer sa rotation sur elle-même. 365,26 jours est le temps que la terre prend pour faire le tour du soleil. 0,92 secondes est le temps d'un cycle cardiaque humain complet. Trois mois est la durée d'une saison climatique. Etc.

Outre ces temps naturels invariables⁸⁶, Bruno Jarrosson, identifie des rythmes biologiques variables. Dans son ouvrage⁸⁷, il explique que le temps biologique est différent du temps chronologique. Selon lui, le vieillissement métabolique induit des variations dans les déroulements des processus physiologiques. Le temps de cicatrisation, par exemple, augmente avec l'âge. Les recherches du docteur Lecomte du Noüy⁸⁸ illustrent le propos de Jarrosson et aboutissent à un graphique sur lequel sont comparés les temps biologiques et les temps chronologiques. Ce graphique montre qu'à douze années civiles, l'être humain a vécu le tiers de sa vie biologique et qu'à trente et une années civiles, il a vécu deux tiers de sa vie biologique. Le corps humain a donc un rythme biologique qui ralentit avec l'âge.

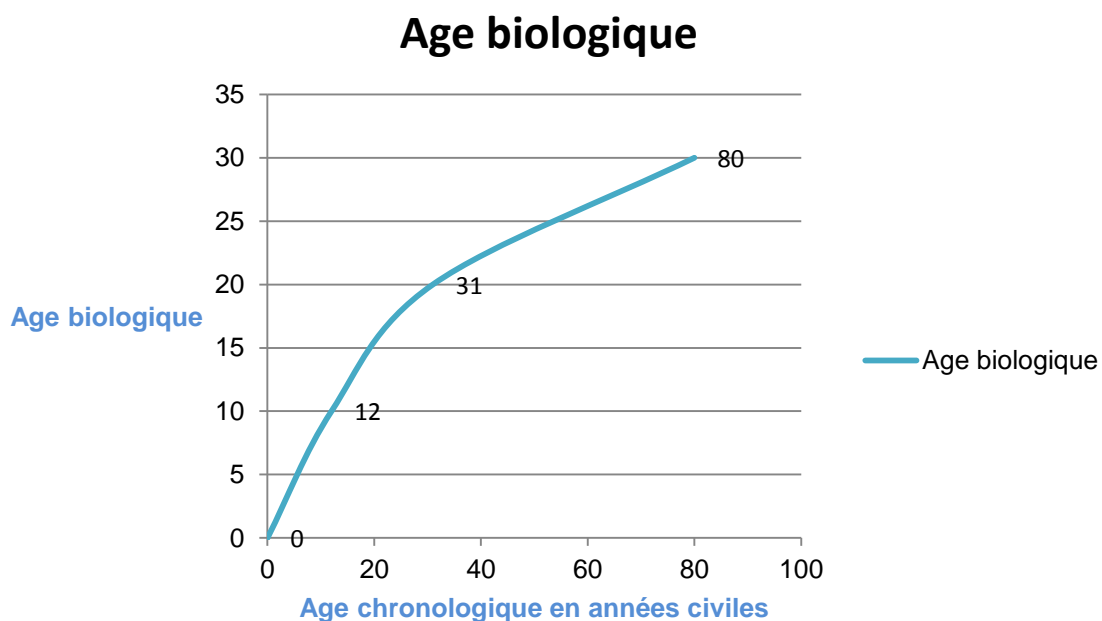


Figure 1: Variation de l'âge biologique d'un individu en fonction de son âge chronologique. (in A chacun son temps, Pacault et Vidal, Flammarion, 1975, p. 175)

⁸⁶ Ou généralement invariables.

⁸⁷ Jarrosson B., *Briser la dictature du temps. Comprendre ce qu'est le temps pour mieux le vivre.* Paris, Editions MAXIMA, 2004. p. 48.

⁸⁸ Cf. annexe 1.

Ainsi, nous possédons une horloge biologique qui obéit à ses propres rythmes, qui ralentit avec l'âge et ceci indépendamment du temps social déterminé par les horloges et les calendriers.

Ce fait est intéressant car il nous enseigne qu'en dépit de ses efforts pour maîtriser le temps, l'être humain sera toujours soumis et tenu d'observer des rythmes biologiques : temps de repos, temps de sommeil, temps d'élimination organique, temps de repas, ...

Jacqueline Amphoux⁸⁹ ajoute que chaque être vivant, chaque espèce a sa propre chronobiologie, soit ses variations biologiques répétitives et régulières. Chez l'Homme, par exemple, le rythme veille-sommeil est le rythme autour duquel se déploie la plupart des rythmes biologiques. Le corps humain possède des pics d'activités métaboliques hausses et basses qui répondent à l'alternance jour/nuit et qui sont nécessaires à ses fonctions vitales. Toute désorganisation temporelle des rythmes d'un individu peut lui être néfaste.

Dans le cas du travail de nuit, par exemple, il est illusoire de demander à une personne d'être concentrée et hautement productive. Vers trois heures du matin, les fonctions physiques et intellectuelles d'un travailleur sont au plus bas. C'est à cette heure, que les erreurs et les accidents surviennent le plus souvent en raison d'une réduction de la capacité à rester vigilant. Dans le cas du travail posté, l'organisation temporelle de l'organisme est perturbée par des rotations permanentes d'horaires. A long terme, le travailleur posté devient incapable de s'adapter, développe des signes d'intolérance et peut même devenir un danger pour autrui.

Des soignants sont soumis à prester des horaires irréguliers alternant des semaines de nuits, de jours et de soirs. Pour certains d'entre eux, ces alternances se font parfois dans des délais très courts. Exposés aux effets du décalage temporel sur leurs organismes, ces soignants sont à risques de développer précocement des signes d'intolérance tels que des troubles digestifs, de l'irritabilité, de la fatigue, de la dépression, une baisse de la performance, des troubles du sommeil et de l'absentéisme. Outre les rythmes naturels du corps humain, des particularités individuelles apparaissent aussi. Certains ont besoin d'un nombre d'heures de sommeil plus important que d'autres.

⁸⁹ http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/chris_0753-2776_1998_num_57_1_2021
(page consultée le 17 octobre 2013)

Des inégalités dans la durée du cycle hormonal de la femme sont parfois observées. Enfin, des diabétiques sont soumis à respecter des temps de pause pour leurs repas. Dès lors, organiser le temps de travail de soignants devient un défi. Il s'agit de trouver le juste équilibre entre les temps institutionnels et leurs chronobiologies.

4.3.2 Le temps est un phénomène naturel atmosphérique.

Ils existent des phénomènes naturels extérieurs qui, de façon cyclique, s'organisent comme les rouages d'une montre et imposent leurs rythmes. Beaucoup de processus biologiques sont soumis à l'alternance jour/nuit et aux périodicités de phénomènes extérieurs, astronomiques et atmosphériques⁹⁰. Cette assertion semble avoir toujours influencé les comportements des êtres vivants et notamment celui des êtres humains.

En Afrique équatoriale, par exemple, la saison des pluies est mal vécue car les tempêtes, les inondations et la rareté des ressources alimentaires exposent à de multiples difficultés. On voit ainsi des peuples africains pratiquer des rituels pour implorer le secours des Dieux et réclamer l'avènement de la saison sèche.

Le fait que nous avons peu ou pas d'emprise sur ces phénomènes continue de les situer aux centres de nombreuses études⁹¹, de croyances et de conversations quotidiennes. Le temps atmosphérique est vécu comme appartenant à une réalité indépendante. Il est inconstant, imprévisible, audacieux et impose sa propre loi. Il passe, imperturbable et inlassablement.

Si au départ, les Hommes semblaient accepter les aléas du temps et s'en accommoder, nos contemporains manifestent leur volonté de s'y soustraire. Nos ancêtres cultivaient leurs champs et attendaient de pouvoir récolter leurs semences en espérant que la saison soit clémente. La vitesse du travail était réduite et tributaire du temps atmosphérique. Mais l'Homme ne peut supporter longtemps d'attendre. Il lui faut agir. Pour augmenter sa productivité, il s'associa l'aide de l'animal⁹² d'abord, ensuite d'énergies naturelles⁹³ et de machines. Depuis, les rythmes de travail continuent de s'intensifier. Tout s'accélère et l'Homme confirme son intention de dominer le temps.

⁹⁰ Cycles des saisons, cycles des marées, ...

⁹¹ On peut même parler de sciences telles que l'astronomie, la météorologie, ...

⁹² Le cheval de trait, par exemple.

⁹³ L'eau pour les moulins à eau, le vent pour les moulins à vent et récemment les éoliennes, l'énergie solaire, ...

L'alternance du jour et de la nuit est remplacée par l'alternance de périodes de travail et de repos. Le temps est pensé, conceptualisé, mesuré, standardisé et anticipé. Il se matérialise et devient l'objet de gestions scientifiques du travail.

Pourtant, les temps astronomique et atmosphérique continuent d'alimenter nos conversations et d'influencer nos comportements.

L'automne et l'hiver sont aujourd'hui encore considérées comme des périodes de tristesse. Les activités y sont ralenties et certaines y sont plus difficiles à vivre⁹⁴.

La représentation d'un temps naturel est une forme cyclique où la fin d'un ensemble d'étapes provoque le renouvellement de ces dernières.



Figure 2 Représentation cyclique du temps.

Ce modèle cyclique se retrouve dans des croyances métaphysiques où la mort est le début d'une nouvelle vie, d'une renaissance ou d'une réincarnation. De même, des conceptions anthropologiques émettent que le cycle des marées et le retour des saisons dicteraient les temps de travail et de repos. Pour conjurer le temps, les Hommes ont ressenti le besoin de le matérialiser et de le représenter à l'aide de symboles et d'objets divers. En conséquence, le temps emprunte une dimension humaine. Il devient un construit humain.

4.4 Un construit humain.

Même s'ils existent des temps naturels, biologiques et atmosphériques sur lesquels l'Homme a peu ou pas d'emprise, nous devons cependant alléguer que ces temps restent arbitraires. Ils sont relatifs aux systèmes de mesure créés par les êtres humains.

⁹⁴ Les matins de gelée, par exemple, imposent aux travailleurs de se lever plus tôt pour dégivrer les vitres de la voiture et anticiper les difficultés de circulation.

Il semble que les animaux n'ont pas la notion du temps. Ils subissent et se soumettent aux temps naturels biologiques et atmosphériques comme le faisaient jadis nos ancêtres. Par opposition à l'animal, l'Homme témoigne de sa prise de conscience du temps et ne cesse de vouloir le représenter, le matérialiser et l'utiliser avec précision.

Certains philosophes disent que le temps est insaisissable, qu'il est tout autant une chose divisible qu'un tout unificateur. Pour eux, les parties du temps⁹⁵ n'existent pas⁹⁶. Pourtant, le temps existe. Nous en avons conscience et nous en faisons l'expérience. Les dichotomies entre « l'étant » et le « non étant » et/ou le caractère divisible et unificateur du temps semblent être à l'origine du rapport au temps dans les sociétés actuelles. En Occident, par exemple, la symbolisation du temps est généralement une droite, unidirectionnelle, continue et irréversible où le passé, le présent et le futur se suivent⁹⁷.

PASSE **PRESENT** **FUTUR**



Cette forme témoignerait de la conception d'un temps qui passe, impose sa pression, ne se rattrape pas et mène inévitablement à la fin de toute chose. Cette emprise accordée au temps sur nos vies est la conséquence de l'assuétude à le découper et à en rechercher la maîtrise.

Pour diviser les durées en fractions uniformes, l'être humain a rationalisé le temps. Il s'est appliqué à faire devenir le temps. Les horloges, les horaires, les agendas et les calendriers⁹⁸ sont des indices universels de la volonté de matérialiser et de contrôler le temps.

⁹⁵ Le passé, le présent et le futur.

⁹⁶ Le passé a cessé d'exister. Le futur n'existe pas encore. Le présent étant une articulation entre deux parties qui n'existent pas, il ne peut être également

⁹⁷ Cette représentation est habituellement utilisée pour situer des dates et des événements historiques.

⁹⁸ S'il existe une volonté de mesurer le temps qui se retrouve de façon universelle, les moyens utilisés pour le mesurer sont néanmoins diversifiés. Ainsi, par exemples, des calendriers différents existent. Le calendrier grégorien est composé de douze mois de 30 à 31 jours répartis en semaines de 7 jours. Les jours sont appelés lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi et dimanche. Si ce calendrier est reconnu et accepté dans notre culture occidentale, il n'est cependant pas le seul qui est utilisé à travers le monde. Ainsi, certaines civilisations et notamment les paysans en Chine utilisent encore des calendriers dits « luni-solaires » pour mieux gérer l'agriculture et les fêtes traditionnelles ou religieuses comme le Nouvel An chinois. Les musulmans ont leur propre calendrier de douze mois lunaires de 29 à 30 jours. Une année hégrienne compte 354 à 355 jours et est plus courte qu'une année selon le calendrier grégorien. Durant la révolution française, Napoléon créa un calendrier dit républicain. Il comportait douze mois de 30 jours plus six jours complémentaires. Sa création était liée à la France et à l'agriculture qui constituait à l'époque la principale activité économique.

Le temps découpé et morcelé, mesuré et chronométré correspond au temps conventionnel⁹⁹ décrit par Daniel Tchabda Piameu¹⁰⁰. Il est un moyen d'uniformiser les différentes manières de vivre le temps. Plus communément appelé temps social¹⁰¹, le temps conventionnel est un construit de l'être humain. D'une part, il se divise en années, en mois, en jours, en heures, en minutes, etc. D'autre part, il regroupe les temps de vie d'une société et/ou budget-temps¹⁰². Il est défini à travers des standards qui varient en fonction de nombreux facteurs. Les plus influents sont culturels et sociologiques. Quelques exemples de temps humains sont abordés ci-après.

4.4.1 Temps scientifiques.

On ne peut penser le temps sans penser au mouvement qui anime les corps. A une époque où les gens se souciaient peu de la mesure exacte du temps, Galilée¹⁰³ a l'idée de réaliser des expériences sur des pendules. En 1583, il décrit la loi de la dynamique dans laquelle le temps est la principale variable. Ses conclusions vont alors susciter l'intérêt scientifique et être à l'origine des conceptions contemporaines du temps.

Christiaan Huygens¹⁰⁴ succède à Galilée. Il démontre qu'il est possible de mesurer le temps avec exactitude. En 1650, il met au point une première horloge à pendule relativement précise. Plus tard, Harrison¹⁰⁵ apporte des améliorations et crée un chronomètre insensible aux mouvements de tangage et de roulis des bateaux.

Depuis, les innovations scientifiques pour mesurer le temps n'ont cessé de se développer. En quête de contrôle sur les événements, l'être humain continue d'étudier le facteur temps, d'en rechercher l'uniformisation et l'optimisation. Pour maîtriser le temps, il faut le répartir et le partager socialement. Il faut le standardiser. Le temps scientifique, rationnel et standard est l'un des paramètres majeurs du monde social.

⁹⁹ <http://motspluriels.arts.uwa.edu.au/MP197dp.html> (page consultée le 4 octobre 2013.)

¹⁰⁰ Daniel Tchabda Piameu est un philosophe africain qui s'est interrogé et a publié sur le temps. Auteur contemporain et appartenant à une autre culture, la pertinence de sa pensée nous a semblé digne d'intérêt.

¹⁰¹ Nous y reviendrons.

¹⁰² Un budget-temps est l'utilisation qui est faite du temps dont une personne dispose pour satisfaire ses besoins.

¹⁰³ Cf. annexe 1.

¹⁰⁴ Cf. annexe 1.

¹⁰⁵ Cf. annexe 1.

Toutefois, concevoir le temps comme une grandeur mathématique, une quantité voire comme une valeur financière lui ôterait son aspect qualitatif.

Ainsi, « ...la recherche d'un circuit court, toujours plus court, dans la gestion sociale et politique occasionne diverses formes de courts circuits, interruptions de la pensée dans un rythme qui brûle les étapes de la transmission et qui manque de ce que permet la distance ; la suppression de toute différence coïncide avec une indifférenciation et une indifférence envers les autres. L'accélération et l'horizon d'immédiateté du profit, de la jouissance, sont un obstacle à certaines dynamiques sociales qui requièrent du temps, de la distance, du recul, de la hauteur, comme c'est le cas pour la solidarité, pour l'action politique soucieuse de l'intérêt collectif, ou encore pour la négociation dans les conflits... »¹⁰⁶.

La définition d'un temps scientifique nous exposerait donc à un paradoxe : à force d'en rechercher la mesure de plus en plus précise, son uniformisation sociale et sa gestion optimale, le temps nous échapperait d'autant. Son ultra standardisation imposerait un cadre de plus en plus strict et privé de sens dont les êtres humains chercheraient à s'extraire.

Les soignants témoigneraient de cette assertion. L'imposition d'un cadre temporel de travail rigide provoquerait des résistances et augmenterait l'insatisfaction des soignants. Ces derniers revendiquent leur besoin d'autonomie professionnelle et réclament de bénéficier d'un temps suffisant pour créer la relation avec le patient. Néanmoins, nous entretenons une interrogation. Quelle quantité de temps les soignants estiment-ils nécessaire pour être satisfaits dans l'exercice de leur profession ? Comment objectiver et uniformiser leurs besoins en temps ? De même, s'ils avaient le temps qu'ils réclament pour s'occuper des patients, l'utiliseraient-ils véritablement à cette fin ?

4.4.2 Temps historique.

Le temps historique est un temps mesuré et découpé au même titre que le temps scientifique. Il se différencie par son utilité à raconter l'Histoire des Hommes. Il est composé de dates et d'événements classés en passé, en présent et en futur. Ce qui est avant la date actuelle appartient au passé. Ce qui se passera après maintenant appartient au futur.

¹⁰⁶ http://www.persee.fr/doc/chris_0753-2776_2003_num_79_1_2462 (page consultée le 16 avril 2015)

Le présent est l'instant entre le passé et le futur. Il est difficile à déterminer car il est le moment entre ce qui n'est plus et ce qui n'est pas encore.

Globalement, le temps historique relate davantage le passé des Hommes. Le passé est donc le sédiment de l'Histoire et du temps historique. Il reprend les événements qui se sont déroulés antérieurement ainsi que leurs effets sur les Hommes et sur le monde en général. Ces événements peuvent être tout à la fois négatifs ou positifs, composés de conquêtes ou de défaites. Ils composent la matrice sur laquelle reposent le présent et l'avenir. Le passé est finalement le fruit de l'expérience, il permet de tirer des leçons et son récit sollicite la mémoire.

Mais si l'Histoire relate la vie des Hommes, elle demeure aléatoire. Car chaque groupe, chaque société, chaque culture possède ses propres interprétations et représentations du temps historique.¹⁰⁷ Peut-être même, l'Histoire est-elle marquée des empruntes individuelles...

4.4.3 Temps individuels.

Les temps individuels sont ceux auxquels se réfèrent chacun d'entre nous pour raconter son histoire personnelle. On peut citer par exemples : « *...lorsque j'étais petite...* », « *... quand mes parents ont divorcé...* », « *...quand j'obtiendrai mon diplôme de cadre en soins de santé...* ». Si ces formulations sont utiles à titre personnel, elles sont néanmoins dépourvues d'intérêt collectivement et socialement. Nous reviendrons ultérieurement sur les temps individuels.

4.4.4 Temps sociologiques.

Comment s'organise le temps ou les temps sociologiques dans notre civilisation ? Jadis, les Hommes se préoccupaient peu de mesurer et de maîtriser le temps. Ils vivaient au rythme des saisons et ils dépendaient des conditions climatiques pour organiser leur travail.

Il semble que ce soit véritablement la volonté de regrouper les hommes en de mêmes lieux et de gérer de façon rationnelle leur travail qui a suscité la définition de temps sociologiques. L'organisation en sociétés des hommes a nécessité de standardiser et d'uniformiser leurs temps et d'en définir les valeurs.

¹⁰⁷ Le temps du calendrier.

Le temps social est donc un temps arbitraire et culturel construit sur l'acceptation et l'intégration de certains consensus.

Le temps conventionnel est utilisé pour réduire la pluralité des manières de vivre le temps. Dans la société occidentale actuelle, les temps sociologiques s'ordonnent essentiellement autour de la valeur travail.

Une première distinction peut dorénavant être faite entre le temps de travail¹⁰⁸ et le temps de non-travail¹⁰⁹.

Si certains auteurs catégorisent les temps sociologiques en budgets-temps, nous préférons parler de temps institutionnels. Une institution, d'un point de vue sociologique, est un système culturel composé de valeurs, de manières d'agir et de penser. L'ensemble structuré des règles apprises et partagées par une pluralité de personnes servent à les constituer en collectivités particulières et distinctes. Les institutions produisent des temps et leurs propres cadres temporels. Elles obligent les individus à y inscrire leurs activités et à s'y soumettre.

Le travail constitue une première grande institution et génère le temps de travail. Le temps de non travail se retrouve dans des institutions telles que la famille et l'école.

4.4.4.1 L'institution famille.

La famille est le lieu où débute la socialisation. Souvent la mère y joue un rôle fondamental en appliquant des horaires de repas, de lever, de coucher, etc. Elle y coordonne généralement les activités des différents membres et occupe à elle seule une place essentielle. Dès lors, beaucoup de femmes, responsables de l'éducation d'enfants cherchent à aménager leurs temps de travail pour pouvoir continuer à organiser leurs foyers. Les soignants, majoritairement des femmes, sont aussi des épouses et mères de famille. En conséquence, elles aspirent à bénéficier d'horaires leur permettant de concilier leurs vies de professionnelles et de femmes. C'est aussi en famille que se transmettent les premières valeurs qui déterminent les futurs comportements, attitudes et choix que vont effectuer les enfants.

¹⁰⁸ La définition du temps de travail et sa législation sont évoquées au chapitre 3 du cadre conceptuel.

¹⁰⁹ Voir point 3.3 du chapitre 3 du cadre conceptuel.

4.4.4.2 L'institution école.

Après la famille, l'école est l'institution où continuent de se transmettre des notions et des valeurs sociales. Toutefois, le milieu scolaire se distingue de la famille par les premiers repères temporels stricts qu'il impose et qui rencontrent des similitudes avec le milieu du travail.

Ainsi, une semaine d'école est constituée d'un nombre d'heures et de jours définis. Des périodes de repos et de congé sont prévus. Les absences et les retards doivent être justifiés sous peine de sanctions. Les activités y sont rythmées par le son d'une cloche ou d'une sonnerie.

Enfin, les notions de travail et de délais y sont omniprésentes avec l'imposition de devoirs, de contrôles, d'examens de progression et de compétences à atteindre. Certaines écoles même prévoient des ateliers d'apprentissage et des stages dans le milieu professionnel. Le succès scolaire est généralement proportionnel au temps investi dans l'étude et les travaux réalisés à domicile. L'institution scolaire représente donc l'un des principaux et fondamentaux tremplins vers le secteur du travail.

De même, les soignants bénéficient d'un enseignement théorique et pratique avec des périodes d'immersion dans des milieux intra et extra hospitaliers. Ils sont ainsi préparés aux réalités de leur future profession et sont sensibilisés aux avantages et aux inconvénients qu'elle comporte. Néanmoins, il semble que des soignants reprochent aux écoles d'offrir un apprentissage correspondant de moins en moins aux attentes réelles du milieu professionnel. Selon eux, les étudiants profitent de périodes de stages de plus en plus courtes et durant lesquelles les prestations du dimanche, certains actes techniques et les prises en charge de cas cliniques complexes leurs sont épargnés. Certaines écoles d'infirmières, même, véhiculeraient des valeurs et des idéaux que les jeunes diplômés ne retrouveraient pas une fois en activité réelle. Ce fait les livrerait à des désillusions, à la démotivation voire à un désengagement précoce de leur choix professionnel¹¹⁰.

¹¹⁰ Une infirmière aurait une durée de pratique professionnelle moyenne de 8 ans.

4.5 Un vécu.

La première vocation de l'Homme¹¹¹ est de vivre et d'user pleinement de son existence. Pour ce faire, il a à sa disposition diverses ressources : de la nourriture, de l'eau, des matières premières, de l'énergie, de l'argent et du temps.

Pour D.T. Piameu, il faut distinguer le temps conventionnel¹¹² du temps existentiel.

Le temps existentiel « ... est un temps fantaisiste, un temps poétique, un temps créatif. Il n'a pas de forme autre que celle que l'individu lui donne... »¹¹³. Il est le temps du vécu et des temporalités.

Dans nos sociétés modernes, nous avons l'habitude d'exploiter au maximum nos ressources. Y observer le monde en être éthéré est généralement désapprouvé. Pour vivre et demeurer socialement intégré, l'action est nécessaire. Elle est de préférence utile et efficace. Ce fait n'exclut en rien la quête du plaisir et du sens.

Au contraire, la recherche de sens stimule notre attitude à être attentif à notre environnement, à l'analyser, à le comprendre et à le contrôler. L'observation et l'interprétation de notre environnement fait appel à nos sensations et à notre conscience. Notre conception du temps est donc la conséquence de nos expériences et des informations issues de notre monde. Notre représentation du temps est construite sur la base de nos perceptions. Sa valeur est liée à nos émotions et au contenu que nous souhaitons donner à notre existence. Qu'elles soient heureuses ou difficiles, chacun a ses propres relations au temps et chacun s'en saisit au gré de ses aspirations. Les diverses perceptions du temps déterminent un temps du vécu multiforme et élastique.

Le temps s'étire langoureusement ou nous paraît trop court en fonction des activités que nous accomplissons et de la valeur que nous accordons à ces activités. Ainsi, certains aiment profiter de moments passés en famille et s'empareront de toute occasion de rejoindre leurs proches. D'autres, par exemple, privilégient leur réussite professionnelle et saisiront toute opportunité pour progresser dans leur carrière au risque parfois de se sentir opprésés par la surcharge de travail et les délais.

Néanmoins, s'il existe une infinité de vécus temporels, Gilles Pronovost identifie quatre dimensions centrales ou points communs aux différentes conceptions du temps dans la culture occidentale :

¹¹¹ Les êtres vivants en général.

¹¹² Le temps conventionnel est évoqué au point 4.4. à la page 42.

¹¹³ <http://motspluriels.arts.uwa.edu.au/MP197dp.html> (page consultée le 4 octobre 2013.)

- La légitimité et valeur du temps.¹¹⁴ Dans nos sociétés, le temps a acquis une valeur, notamment financière¹¹⁵. Tout est organisé afin d'en éviter la perte ou pour en rechercher le gain. Ainsi, toute personne qui bénéficie de temps à perdre s'expose au risque d'être perçue comme oisive, improductive voire inutile et parasite. Le temps libre doit être mérité.
- La mesure du temps. Le temps emprunte une dimension quantitative importante. L'abondance des moyens pour le découper, le mesurer et le structurer en témoignent¹¹⁶.
Ce découpage et ce contrôle se retrouvent significativement dans le temps de travail considéré comme celui qui rythme les autres temps sociaux¹¹⁷.
- Les stratégies temporelles. Dans notre société, le temps est aménagé, programmé et planifié. Cet effort de maîtriser le temps démontre une volonté de prévenir l'imprévisible et de rechercher à contrôler l'avenir. Les stratégies temporelles sont davantage observées chez les classes sociales élevées. Les classes exposées au chômage adoptent davantage d'attitudes de soumission face au fatalisme.
- L'horizon temporel est l'aptitude d'une personne ou d'un groupe à se situer dans le présent et à s'imaginer dans le futur. Un individu acquiert un bagage psychologique, cognitif et pratique qui est le résultat des expériences du passé. Sur cette base, il développe son horizon temporel composé de projets, de représentations de l'avenir et d'attitudes face à la durée. Les projets sont les formulations d'objectifs à atteindre relatives aux capacités que l'individu s'estime. Les projets peuvent emprunter plusieurs formes¹¹⁸. Les représentations de l'avenir s'établissent sur les sentiments de sécurité et de contrôle face au futur. Si les actions sont généralement tournées vers le futur, certains individus valorisent le présent et d'autres entretiennent la nostalgie du passé.

¹¹⁴ Pronovost G., *Sociologie du temps*. Paris, Bruxelles, Editions DeBoeck Université, 1996. p. 52.

¹¹⁵ « ...Le temps, c'est de l'argent... »

¹¹⁶ Montres, horloges, chronomètres, agendas, calendriers, horaires, ...

¹¹⁷ Temps de loisirs, temps scolaires, temps familial, ...

¹¹⁸ Sociétale, professionnelle, familiale, ...

On est autorisé dès lors à postuler que les vécus du temps se développent dans la dualité. Ils s'établissent d'une part sur des expériences individuelles¹¹⁹. D'autre part, ils sont influencés par la société dans laquelle évolue l'individu.

Cette assertion présente alors des similitudes avec une notion évoquée durant notre formation, à savoir l'identité. Peut-être même le vécu du temps est-il une forme d'expression de l'identité ?

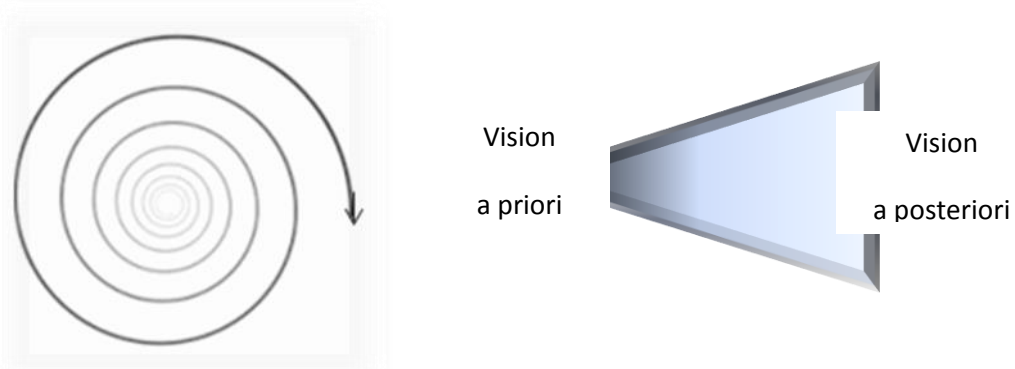
L'identité est composée de représentations, de valeurs, de goûts, de capacités, d'intérêts, etc. Elle se développe au départ des expériences de l'individu et elle trouve son sens dans son histoire personnelle.

L'identité présente une certaine stabilité dans le temps et paradoxalement évolue continuellement en réaction aux contextes, à l'environnement, aux besoins, aux relations et aux socialisations qu'un sujet éprouve. De même que le temps, l'identité est finalement une idée sur laquelle l'individu conçoit ses actions et se projette dans l'avenir. Cette idée ou cette représentation définit l'individu et constitue sa singularité. Cette dernière s'exprime d'autant dans l'usage grammatical du temps.

Le langage est également une symbolisation du temps. Nous maîtrisons le temps d'abord en utilisant « je » pour s'exprimer comme le premier sujet d'une action. En prenant la parole et en disant explicitement « je », nous marquons notre présence. De ce fait, nous instituons le présent mais aussi le passé et le futur. Le choix des mots et de la conjugaison accentue alors d'autant l'altérité du sujet. Premièrement car le fond et la structure du récit témoigne de la culture et de l'instruction d'une personne. Ensuite parce que la mise en forme des verbes et l'usage des mots implique un choix humain qui le différencie dans son récit et dans le sens de son histoire.

Le temps du vécu n'est pas linéaire et irréversible. Il n'est pas non plus cyclique. L'expérience du passé apporte son lot d'erreurs et de succès, de leçons et de réajustements. Même si des révisions et des retours en arrière s'imposent parfois, on ne repart jamais de zéro ou d'un point n. Le cycle de la vie recommence toujours au départ de n+1. Cela permet de continuer à progresser en s'accordant le droit et le temps de regarder derrière soi, de faire l'analyse des erreurs, d'opérer des rectifications, d'étendre son champ d'expérimentation et d'élargir sa macro vision voire sa macro temporalité.

¹¹⁹ Ce que nous avons appelé les temps individuels au point 4.4.3. de ce chapitre.



Le temps du vécu s'illustre ainsi sous la forme d'une spirale. La spirale rappelle l'image de l'entonnoir utilisée par Patrick Vantomme¹²⁰ pour décrire le passage d'une vision étroite de son environnement à une vision élargie, enrichie de nouvelles connaissances et de nouvelles opinions.

Enfin, ce chapitre permet d'alléguer que définir le temps est un exercice complexe car il impose de reconnaître la multitude d'aspects qui le composent. Le fait qu'il soit à la fois un vécu, une mesure et un produit de la nature fait du temps une notion particulière et difficile à circonscrire. Au centre de conflits entre sa rationalisation et sa perception, il devient l'enjeu de négociations et de recherches d'optimisation dans sa gestion. Particulièrement dans le domaine qui nous occupe : la gestion du temps de travail des soignants.

Mais avant d'envisager de décrire le rôle du cadre en soins de santé face à la problématique évoquée au départ de ce travail, nous tenons dès ici à nous attarder sur le manque de temps.

4.6 Le manque de temps.

Il semble que le temps libre a considérablement augmenté au dépend du temps de travail. Certains estiment qu'en moins d'un siècle, le temps libre s'est multiplié par cinq et le temps de travail a été diminué de moitié. Malgré cela, le temps manque. Que ce soit au travail, en famille, à l'école ou dans les loisirs et peu importe le domaine d'activité, les gens continuent de se sentir opprésés par le sentiment de manquer de temps. Comment expliciter cela ?

¹²⁰ Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail.*, année scolaire 2013-2014, p. 4.

De façon générale, le temps de travail et le temps libre entretiennent un lien de causalité. Ils s'influencent réciproquement. Il est donc difficile de justifier l'évolution de l'un sans envisager son impact sur l'autre.

A première vue, nous serions tentés d'exprimer que si le temps de travail a fortement diminué, il serait évident que le temps y vienne à manquer. Hors, cette justification est pour nous insatisfaisante car si le temps de travail est actuellement compris entre trente-cinq et quarante heures par semaine, par personne, il s'est aussi considérablement dispersé.

Cette dispersion s'est faite sur des relais de travailleurs couvrant ainsi des plages horaires étendues et variables. Le travail de nuit, par exemple, se pratique à présent dans des secteurs tels que l'industrie automobile alors qu'il pourrait ne pas y être indispensable. De plus, la mécanisation et l'informatique sont devenues des outils qui contribuent à alléger le travail de l'Homme et à raccourcir les temps de production. De fait, logiquement, les progrès technologiques, le développement des gestions scientifiques du temps de travail et l'amélioration des conditions de vie devraient suffire à satisfaire le plus grand nombre et à équilibrer le rapport entre les budgets temps.

Mais étrangement, le temps continue de manquer de plus en plus, inexorablement, intéressant une pluralité de personnes dans la société occidentale et indépendamment de critères individuels. Par conséquent, la fuite du temps se pare des caractéristiques du fait social. « ... *Est fait social toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles...* »¹²¹.

Essayons alors de comprendre le manque de temps et comment il affecte les soignants ; particulièrement les infirmières.

Ces dernières décennies les technologies ont connu un essor sans précédent. L'organisation du travail s'en est trouvée profondément modifiée. Pour satisfaire aux demandes d'une clientèle de plus en plus exigeante, les entreprises proposent aujourd'hui des services et une disponibilité élargis. La politique du zéro délai et du zéro défaut s'est répandue.

¹²¹ http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/regles_methode/durkheim_regles_methode.pdf (page consultée le 12 janvier 2015)

La production s'est accélérée, intensifiant les rythmes de travail.

En conséquence, même si le temps de travail contractuel a diminué, des individus sont amenés à prêter tôt le matin, tard le soir, la nuit, le samedi et le dimanche. La diversification des plages horaires s'accompagne alors d'une désynchronisation des temps sociaux ; due à la difficulté de concilier les temps de travail avec les temps de la vie privée. De plus, l'intensification d'un travail réalisé par un nombre de sujets limité donnerait la sensation permanente de travailler en sous-effectif, d'être vidé en fin de journée et de manquer d'énergie pour se réaliser dans d'autres activités.

Dès lors, quand des personnes disent qu'elles n'ont pas de temps, peut-être expriment-elles la frustration d'être incapables de finaliser leurs tâches professionnelles et d'assumer leurs engagements privés ? Peut-être même ces personnes se sentent-elles dépassées, perdues dans une société en mutation rapide ? Peut-être l'inaptitude à s'adapter engendre-t-elle une carence de repères, une perte de sens et un malaise identitaire ?

D'autant que si les technologies possèdent des avantages, elles présentent aussi des inconvénients. Le développement des médias¹²² et la surcharge informationnelle qui l'accompagne favorise l'abstraction et la différenciation des intérêts au travail.

Par exemple, le travail subit des contrôles en tous genres. Pour évaluer la charge de travail et communiquer, les entreprises sont soumises à entretenir une connectivité continue et à promouvoir l'usage de l'outil informatique. Via la collecte de données et d'analyses, elles sont comparées publiquement sur leurs performances¹²³. Ainsi, pour garder la clientèle, les entreprises sont conduites à affirmer leur compétitivité. Elles réclament toujours plus, toujours plus vite et à moindres coûts à leur personnel. Les réponses des travailleurs sont alors variables. Si certains possèdent des qualités hautement productives et fiables, d'autres entretiennent une zone d'imprévisibilité¹²⁴. L'imprévisible s'accroît d'autant que les informations, les préférences personnelles, les âges, les critères socio-économiques, les intérêts et les corps de métiers sont variés. Dans le contexte des soins de santé, par exemple, si de jeunes soignants adhèrent à l'outil informatique, des anciens n'intègrent pas son utilité. Pour ne pas s'y investir, ils invoquent l'abstraction d'un programme électronique, privilégier le patient à la machine et ne pas avoir le temps de jouer avec l'ordinateur.

¹²² La télévision, la radio, mais surtout l'informatique et internet.

¹²³ Même les institutions hospitalières sont exposées via la publication de benchmarkings dans des magazines.

¹²⁴ Cf. Crozier M. & Friedberg E., *L'acteur et le système*. Paris, Editions Points, 1992. 500 pages.

De fait, leur manque de temps est à entendre comme un manque d'envie ou un manque de motivation. Peut-être leur manque de temps correspond-t-il à un manque de formation voire à un défaut de compréhension des résultats escomptés du bon usage de cet outil ?

D'un autre côté, au prorata du travail, les conditions de vie ont aussi changé. Les individus sont exposés à une surabondance de choix pour aménager leurs temps libres. Les gens se retrouvent surchargés d'activités non professionnelles.

Entre le travail, la famille, les loisirs, les obligations sociales et les tâches ménagères, il apparaît le sentiment d'être débordé. Beaucoup disent ne pas parvenir à assumer l'ensemble de leurs engagements dans les délais qu'ils se sont fixés et manquer de temps pour s'occuper de soi-même. De fait, des tensions s'exercent entre le temps de travail et la vie privée. Les gens sont amenés à faire des choix. Ces derniers sont parfois douloureux et mettent en exergue des inégalités sexuelles.

En effet, il semble que les femmes sont plus souvent contraintes que les hommes à réduire leurs temps de travail, à renoncer à leurs ambitions de carrière et à oublier de s'occuper d'elles-mêmes pour s'investir dans l'éducation des enfants. Certaines, mêmes, vivent seules avec un ou plusieurs enfants. Leur difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle est augmentée et leur sentiment de manquer de temps s'accroît. Parfois, celles-là sont aussi exposées à renoncer à un temps plein, à perdre une partie de leurs revenus et faire face à des obligations chronophages.

Les femmes occupent une grande partie de la population soignante. Si au départ, elles étaient des célibataires dévouées et exclusivement disponibles à la prise en charge de malades dans des institutions religieuses, actuellement elles sont des épouses, des grand'mères, des mères, etc. Elles relèvent le défi quotidien de coordonner leurs temps de travail, de vie sociale, familiale et personnelle. En conséquence, quand elles expriment qu'elles manquent de temps, elles portent avec la société le poids d'un phénomène qui impose sa présence : le manque de temps.

Le manque de temps serait finalement multifactoriel. Il peut signifier un défaut de motivation, une incompréhension des objectifs, une perte de repères identitaires, un manque réel de temps mesuré, une incapacité à gérer son agenda et à s'occuper de soi, etc. Il peut affirmer autant de difficultés auxquelles se retrouvent confronter les personnes en raison de leur évolution dans une société qui s'accélère et dans laquelle la surabondance est omniprésente.

Si ce fait social est à accepter comme une réalité avec laquelle il faut pouvoir conjuguer, il reste néanmoins que des actions peuvent être envisagées pour tenter de se soustraire à la spirale de la fuite du temps. Le chapitre suivant propose d'intégrer certaines de ces actions dans le rôle du cadre en soins de santé.

5 Rôle du cadre en soins de santé.

On dit souvent que le cadre en soins de santé est assis entre deux chaises. On dit qu'il est un intermédiaire entre l'équipe dont il est responsable et l'établissement qu'il représente. Son défi serait alors d'organiser les soins en poursuivant des objectifs de rentabilité, de qualité et de productivité tout en ménageant¹²⁵ les soignants. Pourtant, certains le décrivent comme une marionnette dépourvue d'autonomie décisionnelle qui applique à la lettre les consignes de la Direction. Pour d'autres, il est davantage proche de son équipe et cette proximité constitue un frein à l'atteinte d'objectifs institutionnels.

Il est temps, à présent, d'en venir au cadre en soins de santé et de lui consacrer le dernier chapitre. Qui est-il ? Quel est son rôle face au manque de temps des soignants ?

5.1 Profil du cadre en soins de santé.

5.1.1 Origines de la profession de cadre en soins de santé¹²⁶.

De tout temps des soins ont été donnés par des femmes et par des hommes. Au XIII^{ème} siècle, avec l'apogée de la société chrétienne en Europe, les soins commencent à s'organiser à l'intérieur de structures religieuses. La surveillance des soins, du personnel, de la lingerie, des cuisines et des celliers y est pratiquée par des sœurs cheftaines sous l'autorité de la mère supérieure. Cette dernière est elle-même soumise à une forte hiérarchie ecclésiastique dominée par des hommes.

Jadis et pendant longtemps, les administrateurs des hôpitaux ont peu d'emprise sur les décisions, sur les nominations des responsables religieuses et sur la façon dont elles exerçaient leur contrôle. C'est vers le XIX^{ème} siècle que les directions d'hôpitaux commencent à démontrer une autorité et participent aux recrutements de personnels hospitaliers religieux et non religieux. La surveillance des salles de malades restent néanmoins confiée à des sœurs choisies pour leur dévouement et leur abnégation. Leur rôle est de surveiller, de punir et de rapporter toute information aux pouvoirs administratif, religieux et médical.

¹²⁵ Ménager ou manager les soignants ?

¹²⁶ <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la.html>
(page consultée 21 mars 2015)

Vers la fin du XIX^{ème} siècle, la médecine se développe et nécessite la formation d'un personnel subalterne pour aider les médecins. Les premières écoles d'infirmières font leurs apparitions. Pour écarter les religieuses et le pouvoir qu'elles représentent, le Docteur Bourneville¹²⁷ soumet qu'il faut former des infirmières dévouées exclusivement aux médecins. Pour cela, il propose de nommer des laïques en place de cheftaines. Mais les infirmières, à l'époque, sont trop peu instruites pour assurer cette fonction. Il essaie alors de recourir à du personnel féminin instruit non infirmier. Cette idée échoue car les religieuses sont encore fortement présentes et opposent des résistances afin de conserver leur monopole sur la gestion des soins. Jusque 1938, la formation et la surveillance des infirmiers demeurent ainsi sous les tutelles de médecins et de religieuses. Ce fait laissait peu d'opportunité aux soignantes d'affirmer leur autonomie professionnelle.

Après la seconde guerre mondiale, la médecine et l'hôpital continuent d'évoluer. De nouvelles professions, techniques et appareillages y voient le jour. Pour répondre à ces changements, les infirmières développent de nouvelles compétences et introduisent les premières fiches de soins. Pour encadrer le travail, les Directions exigent des infirmières qui veillent à l'application du règlement avec fermeté et qui pratiquent un management de type directif et taylorien.

En 1951, la Croix Rouge suggère de créer une formation pour encadrer les infirmières. En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population autorise la délivrance de certificats d'aptitudes d'infirmière surveillante. Depuis, les professions de soignants et leur management ne cessent de progresser. En 1960, des écoles de cadres en soins de santé font leur apparition en France où la législation reconnaît enfin le cadre infirmier à partir de 1975.

De plus en plus, les formations de cadres en soins de santé, en France comme en Belgique, s'inspirent de modèles entrepreneuriaux pour parfaire les méthodes de gestion hospitalière. Récemment, des filières universitaires sont proposées aux soignants pour élargir leurs connaissances et leurs compétences managériales. La profession de cadre en soins de santé est même devenue accessible à du personnel paramédical non infirmier.

Pourtant, la définition du rôle de cadre en soins de santé semble encore difficile à intégrer.

¹²⁷ Cf. annexe 1.

Certains le perçoivent comme un professionnel chargé de défendre l'équipe qui lui est confiée. Pour d'autres, il fait appliquer les décisions de la Direction avec directivité. Il serait l'intermédiaire assis entre deux chaises.

Enfin, selon les points de vue, le cadre en soins de santé peut aussi être décrit comme l'ancienne infirmière méritante, fidèle et parvenue. Ces représentations témoignent de la difficulté de s'entendre sur une unique définition du cadre en soins de santé et nécessitent donc d'en rechercher une vision commune.

5.1.2 Définition du cadre en soins de santé.

Un cadre, selon Le petit Larousse illustré de 2012, possède plusieurs définitions :

1. Le cadre est un contenant .	Ex : bordure en bois, en métal, etc. Ex : ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose. Ex : ce qui circonscrit un sujet (sphère).
2. Le cadre est un contenu .	Ex : tableau, gravure, ... Ex : milieu dans lequel on vit, environnement.
3. Le cadre est un soutien ou un support .	Ex : ensemble de tubes formant l'ossature d'une bicyclette. Ex : soutènement principal d'une galerie, de mine.
4. Le cadre est une affectation .	Ex : salarié exerçant, par délégation du chef d'entreprise, une fonction de direction de conception ou de contrôle et d'encadrement.
5. Le cadre est un processus de raisonnement .	Ex : la somme des processus mentaux et cognitifs qui forment le « bon sens » est appelé le cadre cognitif. Ex : la façon dont une personne situe et formule les données d'un raisonnement est appelé le cadre mental.

Nous retirons de ces définitions une multiplicité de facettes qui font du cadre une notion mal circonscrite, parfois floue, désignant des concepts différents selon le point de vue envisagé, que ce soit en termes de statut, de représentation sociale, de rôle dans l'entreprise ou de culture.

Pour Henry Mintzberg¹²⁸, le cadre est la personne qui exerce dix rôles répartis en trois catégories. D'une part, les rôles interpersonnels regroupent le chef symbolique, le leader et l'agent de liaison¹²⁹. D'autre part, les rôles liés à l'information positionnent le cadre comme un observateur actif, un diffuseur d'informations en interne et le porte-parole qui diffuse l'information à l'extérieur de l'entreprise. Enfin, les rôles décisionnels qui sont représentés par l'entrepreneur, le régulateur d'un environnement perturbé, le répartiteur de ressources et le négociateur.

Myriam Hubinon¹³⁰, de son côté, décrit le cadre infirmier en chef comme la personne qui possède des connaissances en gestion, en organisation et en soins infirmiers. Il véhicule des valeurs dont celles de la profession de soignant. L'infirmier en chef organise, dirige, contrôle et planifie les ressources matérielles et humaines. Il assure des comportements de soutien, d'écoute et de communication transparente avec son personnel dont il évalue les compétences. Il contribue à créer un climat de travail serein, motivant et satisfaisant dans le souci que l'unité dont il est responsable soit productive et poursuive les objectifs institutionnels. Enfin, le cadre infirmier collabore avec les autres unités de soins et les autres professionnels de santé pour garantir une prise en charge heuristique et continue du patient.

Patrick Vantomme, en comparant le cadre de proximité à la chaîne et au dérailleur d'un vélo, considère que : « ... *nécessité est donc faite d'acquérir, de développer une double culture : sa culture professionnelle, celle du métier d'origine ; et une culture « générale » du milieu, interdisciplinaire offrant une macro-vision. Cette macrovision permet le décodage voire le décryptage des situations et permet alors de mettre en évidence les pistes d'action...* »¹³¹.

Le cadre est alors la personne qui possède des connaissances élargies à un ensemble de disciplines. Il doit être capable de s'exercer à des tâches multiples de communication, d'organisation, de gestion, d'information, de négociation, ... Il est aussi le porte-parole de son équipe et de son institution. De ce fait, il nécessite de développer une double culture, à savoir la culture de cadre et la culture de soignant.

¹²⁸ Mintzberg H., *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre.*, Paris, Eyrolles, 2006. p. 67.

¹²⁹ La personne qui représente le contact avec l'extérieur

¹³⁰ Hubinon M., *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité.*, Bruxelles, De Boeck, 1998. p. 178.

¹³¹ Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail.*, p. 4. Année scolaire 2013-2014.

Néanmoins, cette assertion exposerait le cadre infirmier à des difficultés. La transition de la position de soignant à la position de cadre en soins de santé ne se ferait pas sans exposer le professionnel à une période de fragilité voire à de la souffrance. Certains parlent de deuil du soin, d'autres évoquent la solitude du cadre en soins de santé, etc. Loin de vouloir s'étendre sur ces sujets qui sont les objets d'autres études¹³², nous tenons toutefois à en dire quelques mots.

5.1.3 La difficulté du cadre en soins de santé.

Pour A. Mucchielli¹³³, les soignants entretiennent des comportements qui cachent des motivations non avouées et qui alimentent le jeu de résistances aux changements. De plus, des facteurs occasionnent des difficultés pour le cadre infirmier à exercer son rôle de management et le distinguent des cadres exerçant dans d'autres domaines. Nous les reprenons ci-dessous à titre énumératif :

- Le manque de préparation à un métier fort différent de celui du soignant,
- L'envie de continuer à dispenser des soins aux patients,
- L'héritage d'une culture soignante qui privilégie l'affectif et constitue un frein au commandement,
- Des problèmes organisationnels,
- Des difficultés relationnelles et de communication avec les médecins,
- Une position entre le marteau et l'enclume avec d'une part, les contraintes institutionnelles et de l'autre, les résistances des soignants.

De même, les résultats de l'étude de Jens Thoemmes¹³⁴ relèvent des difficultés. En France, les cadres constituent la catégorie professionnelle la plus soumise à des temps de travail particulièrement irréguliers. Une distinction est faite entre des cadres moins qualifiés qui préfèrent préserver un équilibre vie privée/travail et les cadres plus qualifiés pour lesquels la frontière temps de travail/temps libre est plus perméable. Néanmoins, il semble que de façon générale, les cadres souhaitent réussir, démontrer leur utilité pour l'entreprise et ont peur d'être évalués négativement. Si bien qu'ils sont susceptibles d'achever certaines tâches à leurs domiciles.

¹³² P. Gahide, dans notre promotion, s'est intéressée au deuil du soin par le cadre en soins de santé.

¹³³ Mucchielli A., « Management : De la difficulté d'être chef... », in *Objectif Soins*, n°25, août-septembre 1994, pp. 26-28.

¹³⁴ <http://interventionseconomiques.revues.org/1401> (page consultée le 14 septembre 2014)

Pour répondre aux attentes des directions, les cadres font état de temporalités démesurées. Ils seraient ainsi, eux-aussi, sujets à des problèmes de gestion du temps. Eux-aussi seraient amenés à effectuer des activités « parasites ». Entre les nombreuses réunions, le traitement de courriers électroniques en abondance, les communications téléphoniques, les diverses interruptions répétitives et chronophages, les cadres expriment qu'ils manquent de temps pour effectuer leur véritable travail. Selon eux, leurs missions réelles est de mener des projets sur le long terme, d'encadrer, de contrôler et de manager le personnel.

Le sentiment de travailler dans l'urgence permanente et d'être perturbés dans leurs organisations aggrave cette situation et engendre du stress. Le stress du cadre en soins de santé serait accentué par la dégradation du dialogue avec les partenaires sociaux ainsi que par des tensions avec des collègues, des subalternes, des patients et des supérieurs qui témoigneraient peu leurs reconnaissances. Même si les cadres avouent aimer leur travail, les responsabilités et l'autonomie temporelle inhérente à leur fonction, ils affirment être de moins en moins prêts à investir leurs vies privées. Ils demandent, au-delà d'avantages financiers, d'être appréciés pour ce qu'ils font, d'être soutenus et de conserver une relative indépendance dans l'organisation de leurs tâches et de leurs horaires.

Mucchielli ajoute que les cadres en soins de santé et spécifiquement les cadres infirmiers cliniciens sont au centre d'un « ... *jeu de la mise en difficulté du responsable par les membres de son équipe...* »¹³⁵. Les infirmiers en chef exercent dans un milieu soumis à des changements continus. Ils doivent faire face à des multiples contraintes¹³⁶ et être capables de prendre des décisions.

L'animation d'équipes de soignants est difficile car ces derniers entretiennent des comportements ritualisés pour conserver leurs habitudes¹³⁷. Toute proposition soumise par le cadre à l'équipe fait l'objet de divisions, de divergences d'opinions et débouche rarement sur le consensus. Le cadre est obligé de trancher. La décision alors retenue est jugée comme injuste par une partie de l'équipe qui va s'organiser pour saboter et décourager les efforts collectifs.

¹³⁵ Mucchielli A., « Management : De la difficulté d'être chef... », in Objectif Soins, n°25, août-septembre 1994, pp. 26-28.

¹³⁶ Mouvements de patients, absentéisme de personnes, urgences médicales et chirurgicales, conflits, modifications de prises en charges de patients, ...

¹³⁷ « ...on a toujours fait comme cela... »

Le cadre mis en échec, culpabilisé¹³⁸, accusé d'inefficacité¹³⁹ et jugé comme partial¹⁴⁰ est finalement renvoyé seul face à l'organisation des soins¹⁴¹.

Certains infirmiers en chef disent se sentir isolés. Les soignants identifient le cadre comme une personne appartenant à la direction et adoptant de nouvelles valeurs incompatibles avec les leurs. Le cadre s'en retrouve rejeté du groupe, de l'équipe, en proie à la solitude et au malaise identitaire. Est-il encore un soignant ? N'est-il plus un soignant ?

Les cadres en soins de santé ne sont pas en désaccord avec leurs premières valeurs soignantes parce qu'ils ont choisi d'adhérer à celles de leur nouvelle fonction. Au contraire, les valeurs qui les motivent restent vraisemblablement les mêmes. Beaucoup de politiques et de projets institutionnels en témoignent. La prise en charge holistique et le respect de l'être humain restent des buts poursuivis par les directions de soins infirmiers. Même si les discours des institutions de soins et des cadres empruntent une dimension collective, gestionnaire et financière, les objectifs sont similaires. Les institutions hospitalières conservent leurs vocations de soigner et ceci malgré des contraintes économiques parfois sévères. L'approche est juste différente. Si le soigné n'est plus directement pris en charge par le cadre en soins de santé, il reste toutefois au centre de ses préoccupations. L'infirmier en chef n'a de cesse de veiller à ce que le patient soit accueilli, respecté et écouté. Lorsqu'il rédige les horaires, il est animé de la volonté d'organiser les soins pour que les malades soient entourés par une équipe dans la sécurité, la continuité et la garantie d'un service de qualité. Lorsqu'il impose une décision, c'est dans l'intérêt avant tout du soigné et de la collectivité. Lorsqu'il sanctionne, c'est parce qu'il a constaté un fait qui peut directement ou indirectement être nuisible au patient.

Pourtant, certains soignants continuent d'entretenir l'idée que les institutions de santé, et particulièrement, les institutions hospitalières ressemblent de plus en plus à des usines. Ils se plaignent des contraintes de temps, d'une pression budgétaire sur leurs pratiques et de la déshumanisation progressive de leurs lieux d'exercice professionnel.

¹³⁸ « ...notre métier est suffisamment pénible pour ne pas en rajouter... »

¹³⁹ « ...il ne nous écoute pas, rien ne change et rien ne va, ... »

¹⁴⁰ « ... de toute façon, tout est décidé d'avance, c'est toujours elles qui obtiennent ce qu'elles veulent... »

¹⁴¹ « ... on n'a pas le temps d'en discuter, c'est toi qui voit, Chef !... »

Il est vrai que les hôpitaux et cliniques actuels ont calqué leurs pratiques managériales sur des modèles entrepreneuriaux. Il est vrai que les pressions budgétaires ont imposé aux hôpitaux de revoir leurs méthodes de gestion, d'économiser leurs ressources et de limiter leurs dépenses financières. Il est vrai que les hôpitaux, sous l'impact de décisions économiques et nationales, ont été forcés de mesurer les temps des soins, d'écourter leurs durées d'hospitalisation et d'optimiser leurs gestions du temps de travail.

L'hôpital charitable de nos ancêtres est-il devenu une usine pour autant ? Quelles similitudes possèdent l'hôpital et l'usine ? Quelles différences existent entre ces deux milieux ? Pour comprendre la responsabilité du cadre en soins de santé dans la gestion d'une équipe et de ses temps, il semble opportun de répondre à ces questions.

5.1.4 L'hôpital est une entreprise ?

Au départ, issu du monde entrepreneurial, le management contamine depuis quelques années l'organisation des soins de santé. Certains auteurs, même, comparent l'hôpital à une entreprise.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'hôpital comme « *...l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement et de recherche biosociale...* »¹⁴².

Une entreprise est « *...un acteur économique produisant des biens et des services pour d'autres acteurs en dégageant des bénéfices...* »¹⁴³.

Depuis quelques années, l'explosion des coûts des soins, l'absence de régulation des dépenses de santé et la tarification à l'activité ont obligé les dirigeants des hôpitaux à revoir leurs modes de gestions et à calquer leur fonctionnement sur celui de l'entreprise.

¹⁴² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36960/1/WHO_TRS_122_fre.pdf (page consultée le 4 janvier 2014)

¹⁴³ https://books.google.be/books?id=ZpPsAwAAQBAJ&pg=PA2&lpg=PA2&dq=un+acteur+%C3%A9conomique+produisant+des+biens+et+des+services+pour+d%E2%80%99autres+acteurs+en+d%C3%A9gageant+des+b%C3%A9n%C3%A9fices&source=bl&ots=Fsc1dluBKq&sig=ZIA4SLe8YT7YvDIhht4qZcQm0bY&hl=fr&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIsICGn_XWYAIVirMUCh1fLghV#v=onepage&q=un%20acteur%20%C3%A9conomique%20produisant%20des%20biens%20et%20des%20services%20pour%20d%E2%80%99autres%20acteurs%20en%20d%C3%A9gageant%20des%20b%C3%A9n%C3%A9fices&f=false (page consultée le 4 janvier 2014)

Actuellement, l'hôpital emprunte une organisation hiérarchique, des méthodes et un vocabulaire issu du monde entrepreneurial. A l'instar de l'entreprise, l'hôpital assure des fonctions de production, de relations humaines, de formation, de communication, de recherche et de relations publiques. Il possède des ressources financières, immobilières et humaines dont il doit justifier les utilisations. Ses services administratifs utilisent des termes techniques et financiers tels que, par exemples, case mix, benchmarking et brainstorming. Ils relèvent des défis managériaux à savoir la gestion optimale de stocks, le raccourcissement des délais d'attente, la mobilisation des individualités autour d'objectifs collectifs, la coordination de différentes unités, le déploiement de stratégies budgétaires, l'élaboration d'une culture d'entreprise, etc.

Pourtant, l'hôpital ne peut être considéré comme une entreprise à part entière car ses ambitions diffèrent. Les buts d'une entreprise sont le bénéfice et le profit. Le produit y est secondaire et sert à poursuivre ses objectifs.

L'hôpital, lui, a pour mission de soigner. Les bénéfices de l'activité hospitalière ne constituent pas une fin mais un moyen pour produire et améliorer la qualité de son service particulier : le soin. Par ailleurs, dans le contexte économique actuel, il est inconcevable pour les institutions de soins d'emprunter une logique marchande. Premièrement car les règles de financement et de tarification des hôpitaux sont décidées par des instances extérieures dont le principal intermédiaire est le système de sécurité sociale. Même s'ils parviennent à justifier une activité rentable, les hôpitaux sont tributaires d'une enveloppe budgétaire annuelle et non extensible allouée aux soins de santé. Ensuite, car ils ont l'obligation de garantir une ouverture permanente et ils sont parfois soumis à d'importantes pressions politiques.

Une entreprise doit rechercher, étudier de nouvelles parts de marchés et intensifier sa production dont les bénéfices réjouissent les ouvriers. L'hôpital, de son côté, est le lieu de rencontres d'une grande variété de personnels dont les soignants. Pour ces derniers, réduire le patient à l'état de marchandise est intolérable. Ils opposent de vives résistances à participer à une augmentation toujours croissante du nombre de patients pris en charge dans des délais de plus en plus courts. Ils craignent que le soin devienne impersonnel et revendiquent l'accès équitable aux soins de santé pour tous quel que soit le revenu.

Enfin le produit hospitalier est le soin d'êtres humains. Chaque individu a ses propres besoins qui varient selon les contextes.

Le patient n'est pas un client comme les autres. Sa demande de soins n'est généralement pas le résultat d'un choix. Son hospitalisation est souvent non programmée, ses attentes parfois mal identifiées et son évolution incertaine. Même s'il est possible d'anticiper des itinéraires cliniques¹⁴⁴, beaucoup de situations restent imprévisibles. L'incapacité à globaliser, à choisir et à standardiser la clientèle impose aux hôpitaux le défi quotidien d'ajuster leurs pratiques parfois même dans l'urgence et l'instabilité.

De plus, même si l'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, il nécessite néanmoins de répondre aux nouvelles exigences des patients. Le malade contemporain est de moins en moins passif et devient acteur de sa santé. En s'informant et en choisissant son institution de soins, il participe à créer un environnement concurrentiel pour l'hôpital. Le patient/client demande à être pris en charge le plus rapidement possible et de façon individuelle. Ses attentes prennent diverses formes : des bons repas, des soins de qualité, de l'écoute, une chambre individuelle, de la disponibilité des soignants, la consultation d'avis médicaux multiples et autres.

Il est donc justifié que l'hôpital recherche des méthodes pour améliorer ses processus, innover, optimiser son organisation et utiliser au mieux ses ressources qu'elles soient humaines, financières, technologiques ou même temporelles. Néanmoins, si ces méthodes sont empruntées au monde entrepreneurial, l'hôpital conserve malgré tout sa mission d'aide à la société sans but lucratif. Les cadres en soins de santé qui y travaillent ont donc avant tout pour responsabilité d'assurer une prise en charge continue et de qualité des patients avec les moyens qui leurs sont alloués en ressources humaines, matérielles, financières et temporelles. Mais quelle est la responsabilité d'un cadre en soins de santé, au fait ?

5.1.5 Responsabilité du cadre en soins de santé.

En Belgique, l'arrêté royal du 13 juillet 2006¹⁴⁵ sur les hôpitaux définit la fonction d'infirmier en chef et ses responsabilités.

¹⁴⁴ Description détaillée des étapes de prise en charge d'un patient pour une pathologie, une intervention ou une situation de dépendance spécifique.

¹⁴⁵ Cf. annexe 3.

Selon ce texte législatif, le cadre en soins de santé a pour missions principalement d'organiser la continuité et la qualité de l'activité infirmière au sein de l'unité qui lui est confiée par le chef de département infirmier.

En conséquence, le cadre en soins de santé supervise et évalue son équipe. Il favorise l'atteinte d'objectifs stratégiques en communiquant la culture institutionnelle. Il veille au respect du règlement interne, des procédures, des horaires, à la bonne utilisation des structures et du matériel mis à la disposition du personnel. Il collabore et communique avec les médecins, la hiérarchie, les autres infirmiers en chef, les familles de patients, les soignés et les différents représentants de corps de métiers. Il s'assure que les droits et les besoins des patients sont respectés. Il planifie, répartit et coordonne le travail dans une ambiance favorable à la collaboration collective. Enfin, il encourage les membres de son équipe à développer leurs compétences, notamment via la formation permanente.

Il résulte de cette législation que le cadre en soins de santé, sous l'autorité du cadre intermédiaire et de la Direction des soins infirmiers, assurent essentiellement des fonctions d'encadrement et de gestion.

Néanmoins, Vincent Cristallini¹⁴⁶ reconnaît une responsabilité sociale du manager en réponse à l'accroissement de difficultés liées au mal être des travailleurs. Selon lui, outre les aspects législatifs des fonctions d'encadrement, il est nécessaire aujourd'hui de donner au management une dimension psychologique saine. En effet, en raison de la complexification de l'environnement institutionnel, de plus en plus de travailleurs ont démontré des signes d'essoufflement se manifestant à travers l'absentéisme, le stress, la résistance au changement, l'agressivité, le harcèlement, etc. Pour contrer ces problèmes, les pratiques de management se sont ouvertes à la psychologie. Au détriment, selon l'auteur, des objectifs de rentabilité, de performance et de productivité des établissements.

Or, la production de biens et de services restent la première condition de survie des entreprises et des hôpitaux. Au centre des individualités, le cadre en soins de santé a donc une responsabilité sociale. Il est responsable du service qu'offre son équipe au soigné et de la qualité des soins. Il est responsable de l'image et de la survie économique de son institution.

¹⁴⁶ <http://www.escpau.fr/documents/aderse/Quelle%20responsabilit%C3%A9%20sociale%20du%20manager%20vis%C3%A0vis%20des%20personnes%20Les%20risques%20de%20la%20psychologisation%20du%20managem.pdf> (page consultée le 6 janvier 2014)

Il est responsable des comportements des membres de son équipe. Il ne peut entrer dans le jeu de la psychologisation à outrance. Trop écouter l'individu revient à l'infantiliser et à l'empêcher de se prendre en charge seul.

Pour atteindre les objectifs de performance, le cadre de soins de santé doit finalement développer son aptitude à négocier, favoriser l'autonomie, la participation et la responsabilisation de son personnel. Pour ce faire, il doit trouver l'équilibre entre un management rigide et un management trop souple. Précisément pour répondre au manque de temps exprimé par les soignants.

Car comme les chapitres précédents l'ont démontré, le temps et le temps de travail sont des notions complexes qui impliquent des facteurs individuels ainsi que des critères de rendement et de performance. Comme nous l'avons vu, le temps est un fait social auquel les soignants n'échappent pas et avec lequel il faut pouvoir conjuguer.

Toutefois, certaines solutions dépendent du rôle du cadre en soins de santé et peuvent être proposées.

5.2 Rôle du cadre en soins de santé.

Même si les institutions hospitalières empruntent des modèles managériaux au monde entrepreneurial, l'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres. Les missions d'un hôpital sont de soigner et guérir des personnes humaines. Le cadre en soins de santé y a donc pour rôle d'assurer le prendre soins de sujets et non d'objets. Pour ce faire, il doit permettre à son institution de subsister dans un contexte économique devenu complexe tout en veillant à restituer le patient au centre des actions entreprises.

Bien que de nouveaux profils professionnels investissent les positions stratégiques dans les cliniques, il demeure que la prise en charge d'un patient nécessite une connaissance des pratiques du soin et des valeurs véhiculées par les soignants. L'enjeu du cadre en soin de santé, pour gérer les soins et gérer le temps, est donc de traduire les intérêts institutionnels en objectifs qui ont un sens pour les patients et les soignants.

Ainsi, pour faire face au manque de temps des soignants, nous imaginons des actions au départ des concepts évoqués plus avant dans ce travail. Entendu qu'il est impossible d'agir sur les temps atmosphérique et biologiques, nous proposons des solutions pour gérer le temps mesurable et le temps vécu.

5.2.1 Gérer le temps mesurable.

La réalisation d'un travail collectif nécessite d'être organisée pour garantir que les objectifs de productivité et de rentabilité sont atteints.

Pour ce faire, de nombreux auteurs ont effectué des recherches et ont proposé leurs théories de gestions du travail. Nous retrouvons dans les pays industrialisés, les modèles d'organisations du travail probablement les plus démonstratifs de l'importance accordée au temps.

Florence Noguera¹⁴⁷ considère que c'est l'invention des horloges mécaniques qui a provoqué la fin d'un temps cyclique et naturel, voire religieux, où les agriculteurs adaptaient leurs horaires aux rythmes des saisons. La diffusion de l'horloge va de pair avec l'avènement de la rationalité, de la régulation, du découpage séquentiel du travail.

La révolution industrielle marque une étape fondamentale dans la conception moderne du temps de travail. Des systèmes de production et d'organisation basés sur l'analyse et la maîtrise précise du temps de travail font leurs apparitions. La gestion du travail se scientifie et se légitime. Le management se développe en réponse aux volontés d'optimiser les choix stratégiques et les processus des entreprises.

Le management, issu de l'anglais « to manage » est « *...l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion de l'entreprise pour conduire, piloter l'action des individus. Il s'agit donc d'optimiser l'usage des ressources humaines d'une organisation dans le cadre des objectifs visés...* »¹⁴⁸ Le management, a pour finalité de rechercher l'efficacité et l'efficience d'êtres humains dans la réalisation d'un travail. Pour gérer le temps mesurable, les managements scientifiques du temps de travail sont des sources d'inspiration.

Le temps, considéré comme mesure, est une ressource dont il faut éviter le gaspillage. Pour optimiser, rationaliser et économiser le temps de travail, plusieurs auteurs ont proposé leurs théories sur l'organisation du travail.

¹⁴⁷ http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAAAhUKEwj5-vW19tbiAhXH6RQKHRhQA_I&url=http%3A%2F%2Ftheses.univ-lyon2.fr%2Fdocuments%2Fgetpart.php%3Fid%3D505%26action%3Dpdf&usq=AFQjCNH0t8qbEmc92358pWtTtoDdq0BP_w&bvm=bv.105814755,d.d24 (page consultée le 15 octobre 2013)

¹⁴⁸ <http://medias.dunod.com/document/9782100578252/Feuilletage.pdf> (page consultée le 16 novembre 2014)

Néanmoins, deux types de managements dits « *scientifiques du temps de travail* » retiennent notre attention : le taylorisme et le lean management.

5.2.1.1 Taylorisme¹⁴⁹.

Frederick Winslow Taylor en 1911 est considéré comme le père du modèle scientifique de l'organisation du travail : le taylorisme. Il serait à l'initiative des théories modernes. Il préconise l'utilisation d'une méthodologie rationnelle basée sur des principes tels que : le recrutement, la formation, le partage du gain, l'incitation par le salaire, la programmation de temps de travail et de temps de repos, l'augmentation de la productivité en fatiguant moins le personnel dans des délais moindres, l'invention de cadres fonctionnels¹⁵⁰ et « *...the one best way...* »¹⁵¹.

Taylor étudie les manières de travailler d'ouvriers dont il estime les résultats inefficaces. Il propose d'améliorer la performance et la rapidité de la production en se basant sur l'analyse des mouvements et des temps d'exécution de tâches réalisées par des travailleurs habiles et robustes. Les résultats en termes de productivité sont positifs et suscitent de vifs intérêts pour sa théorie.

Le taylorisme a longtemps inspiré d'autres auteurs, notamment Frank Gilbreth¹⁵², Henry Gantt¹⁵³, Henry Ford¹⁵⁴ et Kischiro Toyoda¹⁵⁵. Malgré les effets bénéfiques démontrés par la pratique du taylorisme, ce modèle a aujourd'hui une mauvaise réputation et rencontre des résistances. Certains reprochent à Frederick Taylor d'avoir calculé les temps sur les meilleurs ouvriers. Sa vision serait alors élitiste et pénaliserait les travailleurs plus lents et moins performants. La pratique de sa théorie serait à la source de nombreux conflits socio-économiques et de négociations sur les temps de travail.

Néanmoins, il faut reconnaître au taylorisme certains atouts. L'histoire des hôpitaux, et peut-être d'autant celle des hôpitaux publics, montre que les soignants ont longtemps profité d'un système qui a révélé ses failles récemment.

¹⁴⁹ <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00480996/document> (page consultée le 14 janvier 2013)

¹⁵⁰ Les cadres fonctionnels sont des cadres de proximité, spécialisés pour étudier les temps, les gestes et diriger techniquement les ouvriers.

¹⁵¹ Méthode qui consiste à analyser les tâches réalisées par des ouvriers, à les décomposer et comparer chacun de leurs mouvements jusqu'à trouver la meilleure façon de faire pour augmenter la productivité.

¹⁵² Voir annexe 1.

¹⁵³ Voir annexe 1.

¹⁵⁴ Voir annexe 1.

¹⁵⁵ Voir le lean management.

La nécessité de corriger les erreurs du passé a obligé les institutions hospitalières à tenir une comptabilité et à justifier leurs activités. Pour favoriser une répartition des ressources équitable et rationnelle, la recherche de standards fut une étape préliminaire.

Depuis, les soignants doivent appliquer de nouvelles règles parfois considérées comme inconcevables. Ils doivent soigner dans des durées limitées. Et bien que ces limites soient vécues comme des injustices, il faut toutefois admettre que l'équité repose sur la définition de normes. Ces normes sont établies à partir d'observations, d'analyses et de conclusions. Elles sont appelées à évoluer et à être constamment redéfinies. Certains principes hérités du taylorisme tels que l'évaluation des temps et de la charge de travail restent donc des outils incontournables.

Pratiquement.

Certaines unités où travaillent des soignants nécessitent une organisation de type taylorienne. Il est, par exemple, difficilement concevable d'imaginer une prise en charge holistique et durable d'un soigné dans une consultation de traumatologie. Les patients y sont souvent très nombreux et répartis dans des plages horaires courtes. En conséquence, l'accueil et les soins qui s'y réalisent réclament des soignants exercés à certains actes tels que l'ablation de fils, les pansements, la pose et le retrait d'immobilisations orthopédiques.

5.2.1.2 Lean management.¹⁵⁶

Le lean management ou management « *dégraissé* » a pour objectif d'alléger une organisation des pratiques inutiles et des gaspillages afin d'optimiser son fonctionnement en termes de productivité et de qualité.

En 1945, Kischiro Toyoda, ingénieur en mécanique, profite du contexte hérité de la guerre pour relancer son entreprise de production d'automobiles¹⁵⁷.

Alors que les demandes sont faibles et le pouvoir d'achat bas, il conçoit un type de production établi sur le « *juste à temps* ». Il s'inspire d'une entreprise automobile américaine et des méthodes d'approvisionnement des supermarchés américains.

¹⁵⁶ http://www.leanbusiness.fr/images/lean_sante.pdf (page consultée le 12 janvier 2013)

¹⁵⁷ TOYOTA^R

Plus tard, des améliorations sont apportées à son modèle, notamment avec la collaboration de William Edwards Deming¹⁵⁸. En identifiant sept causes de gaspillage, le lean management propose de simplifier les processus et d'augmenter la production en maîtrisant les coûts générés par l'activité. Ces causes sont la surproduction, les déplacements, les transferts et les transports, le surtraitement, les défauts, les stocks et l'attente.

Dès lors, le management par le « *lean* » suggère que tout problème survenant dans une de ces causes est une opportunité d'amélioration et notamment en ce qui concerne la gestion du temps. Ainsi, en recherchant des solutions pour entre autres, diminuer les déplacements, accélérer les transports, éviter la reproduction inutile de documents et raccourcir les délais d'attente, les entreprises peuvent espérer gagner du temps à tous les stades de la production.

Une valeur monétaire étant associée au temps, la pratique du lean management et le gain de temps qu'il promet intéressent les entreprises d'un point de vue économique au détriment parfois d'autres aspects.

Chronométrer les temps de production, standardiser et découper les fonctions en tâches répétitives, restreindre les pauses et les possibilités de récupérer entre deux postes, supprimer les temps d'échanges et les déplacements inutiles sont autant d'actions qui intensifient le rythme de travail. Selon une étude¹⁵⁹ réalisée par Antoine Valeyre, les dérives du lean provoquent une montée des risques psychologiques. Les tâches routinières et vides de sens diminueraient l'estime de soi et la santé mentale des individus. Les chronométrages et les contrôles renforcés augmentent le stress des travailleurs et des managers. Les brimades en cas de retard, la faible communication, les difficultés relationnelles avec le management seraient à l'origine d'un délitement du lien social. Pour résister aux dérivés du lean management, les travailleurs recourent à l'absentéisme et à la prise de psychotropes. Des troubles musculo-squelettiques sont le résultat de tâches répétitives et d'immobilisations prolongées à un poste de travail, parfois dans des positions vicieuses. Enfin, les individualités seraient étouffées.

¹⁵⁸ William Edwards Deming est un statisticien américain. Son nom est généralement associé à la roue de Deming, outil de la qualité. On lui doit aussi toute une réflexion sur l'efficacité des entreprises à partir de 14 points développés dans son livre : « ...*Out of the Crisis*... »

¹⁵⁹ <http://www.novethic.fr/empreinte-sociale/risques-psychosociaux/isr-rse/les-risques-du-lean-management-137377.html> (page consultée le 30 septembre 2014)

Les institutions de soins, soumises à des pressions financières depuis quelques années, n'échappent pas à l'engouement pour la maîtrise du temps, y compris dans la prestation de leur service particulier : le soin. Le soin, pour être exécuté à *temps*, est à présent minuté. Cet aspect s'observe à travers la volonté de définir des durées pour chaque acte presté par un soignant. Ainsi, la charge de travail des soignants est estimée et financée sur la base de calculs qui reposent sur les déclarations de tâches effectuées, de pourcentages d'occupation de lits, de profils de patients présentant certaines pathologies et requérant des soins temporellement valorisés.

La notion d'activité justifiée est un exemple d'outil mesurant l'affairement des hôpitaux. Pour une unité spécifique avec un taux d'occupation maximal, un nombre d'équivalents temps pleins minimal est fixé.

À partir de l'enregistrement de données fournies par le Résumé Clinique Minimum, un budget annuel¹⁶⁰ est octroyé à chaque hôpital afin de financer son activité parmi laquelle figurent les coûts des services cliniques et les soignants.

Le DI-RHM et le dossier de soins infirmiers, également pris en considération pour le calcul du budget des institutions hospitalières, reposent sur la déclaration de l'ensemble des interventions infirmières. En résumé, plus les interventions sont nombreuses et justifient le temps consommé par une infirmière pour s'occuper d'un soigné, plus l'hôpital aura de chances d'être financé à hauteur de son activité réelle.

Le PRN¹⁶¹ ou Programme Recherche Nursing mesure les soins directs requis par l'état d'un patient tant en nature qu'en durée. Sur base d'une grille, des points d'indice sont attribués à chaque intervention listée dans le plan de soins infirmiers. Chaque point d'indice vaut cinq minutes. Le total des points permet de classer la dépendance d'un soigné par rapport aux soins et de donner un temps pour les soins directs en minutes. Dès lors, tout acte infirmier presté et notifié au dossier de soins prend une valeur à la fois temporelle et financière. La possibilité de gagner du temps pour les soins repose donc sur le témoignage écrit de la pratique de la démarche en soins infirmiers et de la quantité d'actes objectivables.

Malgré cette assertion, il semble que les soignants sont surchargés de travail. Ils n'auraient plus le temps d'effectuer leurs soins comme ils le souhaitent, négligeraient la rédaction des plans de soins et accumuleraient les heures supplémentaires pour achever leurs tâches.

¹⁶⁰ Le Budget des Moyens financiers

¹⁶¹ <http://papidoc.chic-cm.fr/36pmsiprn.html> (page consultée le 24 mai 2014)

La pression du temps, la quantité de travail et les horaires irréguliers rendraient les professions de soins stressantes et mèneraient au « *burn out* » de soignants qui chercheraient à diminuer leur temps de travail ou à se reconverter. Les institutions et précisément les cadres de proximité se retrouvent face au défi d'assurer des services continus et de qualité avec des équipes majoritairement féminines, cumulant absentéisme, prestations à temps partiels, congés payés, temps de récupération, congés de maladie, congés pour formations, etc.

Autant de facteurs qui compliquent la gestion du temps et qui nécessitent de s'inspirer de nouvelles pratiques managériales dans lesquelles le temps arbore d'autres dimensions.

Pratiquement.

Utiliser le lean management permet d'identifier les pertes de temps et les corrections à envisager. Le temps récupéré est redistribué et réinvesti dans les soins.

En milieu hospitalier, par exemple, on peut diminuer la surproduction de documents papier en centralisant informatiquement les informations et en optimisant les réseaux de communication. L'utilisation d'un « *télétube* » facilite l'acheminement de documents d'une unité à l'autre et économise des déplacements. Le transfert de patients d'une unité à l'autre mobilise des ressources, parfois de façon inutile, alors que certains actes peuvent être réalisés en chambre, au chevet du patient. L'amélioration de la gestion du matériel ancillaire peut éviter les accidents liés à leur indisponibilité ou à leur non-conformité. Il arrive que des patients soient anesthésiés avant de s'apercevoir que le matériel ancillaire est insuffisant. Dès lors, ce type d'événement indésirable engendre des désagréments pour le patient, le gaspillage de ressources, la programmation d'une nouvelle intervention, la prolongation de la durée d'hospitalisation et la consommation de nouvelles ressources.

La maintenance régulière des appareils chirurgicaux et la formation à leur utilisation peuvent prévenir des dysfonctionnements et des indisponibilités d'un matériel parfois indispensable à la continuité de l'activité chirurgicale. Il est, par exemple, fortement incommodant de se retrouver privé du microscope en neurochirurgie parce que l'ampoule s'est éteinte et qu'on a oublié de s'assurer de la présence d'ampoules de remplacement. Les comptes de compresses sont, de temps à autre, des séances longues et angoissantes lorsqu'une compresse est introuvable. L'utilisation d'un rack pour faciliter le compte de compresses peut éviter ce type de problèmes.

Les stocks, enfin, peuvent être maîtrisés en utilisant la méthode « *Kanban* »¹⁶². Cette dernière favorise une visualisation rapide du matériel, son réapprovisionnement dans des délais justifiés et limite les stocks dormants¹⁶³.

5.2.2 Gérer le temps vécu.

Si le temps est une mesure et une ressource, il est aussi un vécu. Ce dernier aspect, plus compliqué à appréhender et oublié par des théoriciens qui prônaient une gestion du temps rigoureuse, les a exposés à des résistances et à des revendications sociales. Aujourd'hui, certaines pratiques managériales encouragent à composer avec la diversité, à tirer profit de conflits et d'opinions opposées pour évoluer.

L'être humain, ses conditions de travail et son développement professionnel font l'objet de récentes réglementations. Des auteurs proposent alors des visions du management qui introduisent l'individu comme acteur et les valeurs individuelles comme des facteurs d'influence. Nous retenons deux types de managements : le management de la contingence et le management par les valeurs.

5.2.2.1 Management de la contingence.

À l'issue d'une étude réalisée entre 1953 et 1957, Joan Woodward exprime qu'il n'y a pas un type de management qui convienne à toutes les entreprises. Il existe autant de manières de diriger les gens et d'organiser le travail qu'il existe de variables dans la structure, dans les produits, dans les services et dans la taille de l'institution.

Plus tard, J. D. Thompson est le premier à conceptualiser sur l'approche contingente des entreprises. Il définit quatre variables fondamentales sur lesquelles s'appuie sa théorie.¹⁶⁴ La première, la taille de l'entreprise est l'effectif d'une entreprise. Ce dernier influence de manière considérable le travail des managers. Plus il est important, plus les problèmes de coordination s'intensifient. La seconde variable est la qualification des technologies. Ces dernières exigent des structures organisationnelles, des modes de gestion et des systèmes de contrôle différents.

¹⁶² Un kanban est une simple fiche cartonnée que l'on fixe sur les bacs ou les conteneurs de pièces dans une ligne d'assemblage ou une zone de stockage. Cette méthode est mise en place entre deux postes de travail et limite la production du poste amont aux besoins exacts du poste aval.

¹⁶³ Ce que nous entendons par stocks dormants, ce sont ces stocks de matériel en surplus qui restent parfois au-delà de leur date de péremption ou livré à la poussière sur des étagères.

¹⁶⁴ http://www.pearson.fr/resources/titles/27440100006100/extras/7485_chap01.pdf (page consultée le 23 décembre 2012)

La troisième est représentée par le degré d'incertitude environnementale lié aux évolutions politiques, technologiques, socioculturelles et économiques. Enfin, les particularités individuelles sont les ambitions, l'autonomie, les attentes et les capacités à tolérer les ambiguïtés des individus.

Henry Mintzberg se positionne comme le principal représentant de cette théorie. Selon lui, la structure d'une entreprise est liée à la nature de son environnement et aux objectifs fixés par le centre managérial.

Il ajoute aux quatre facteurs contingents ci-dessus, deux nouvelles variables fondamentales. D'une part, les buts de système relatifs à l'organisation et les buts de mission relatifs aux clients et aux produits. D'autre part, le pouvoir d'acteurs internes et/ou externes.

La pratique d'un management de la contingence en milieu hospitalier devrait autoriser suffisamment de latitude pour effectuer des prises en charge adaptées aux diverses situations générées par la complexité environnementale, l'évolution technologique constante et les rencontres des nombreuses relations au temps. Notamment celles qui se déroulent autour du soin. Face au manque de temps et aux résistances exprimés par les soignants, l'infirmier en chef doit rechercher des solutions pour continuer à motiver son équipe, l'inciter à atteindre les objectifs institutionnels et changer ses habitudes.

Pratiquement.

La temporalité du soigné est différente voire parfois même complètement incompatible avec celle des soignants. La personne en souffrance évolue à un rythme qui lui est individuel et aspire à recevoir des soins pour l'aider dans sa lutte contre la maladie. Le patient est dans l'attente d'accompagnement et de soutien. Il réclame de la parole et de l'écoute. Il souhaite être reconnu, entendu et situé dans son histoire en tant qu'être humain.

La relation au temps des soignants, selon eux et faute de temps, les exposerait à la souffrance. Les soignants disent souhaiter passer plus de temps avec les patients et pratiquer leur rôle autonome. Le manque de reconnaissance et la pression exercée par les autres corps professionnels les détourneraient des interventions sur lesquelles reposent les valeurs de leurs professions.

Ainsi, les infirmières, par exemple, négligeraient les soins centrés sur les besoins et les désirs du soigné pour accorder la priorité aux soins médico techniques et sécuritaires. Elles profiteraient d'un temps insuffisant pour s'investir dans la relation avec le patient. Ce fait accentuerait leur insatisfaction.

Frédéric Wroms¹⁶⁵ encourage à prendre le temps du soin. Le temps investi dans le soin nous sera rendu par le soin lui-même. Ne pas prendre le temps du soin expose, selon lui, au risque de ne plus prendre le temps de créer, de vivre et d'être. Car il n'y a que dans la relation que l'on est. C'est la relation qui permet de prendre conscience de ce que l'on est à travers la reconnaissance de ce que l'autre est. Il faut donc préserver cette relation et lui offrir le temps de s'instaurer.

Le discours de Frédéric Wroms raisonne comme un concept déjà évoqué durant nos études de cadres en soins de santé, à savoir l'altérité. L'altérité se définit de moins en moins dans la relation privilégiée entre le soignant et le soigné. De plus en plus, l'Autre emprunte le visage d'une équipe au sein de laquelle chacun a ses propres représentations, ses opinions et son expertise. L'Autre est aussi le compagnon du malade, son représentant, sa famille. L'Autre est enfin l'organisme payeur, la sécurité sociale, le comité de direction, le conseil d'éthique, ... L'Autre constitue autant d'autres dont les influences modifient les décisions, les comportements, les attitudes, les identités et participent finalement à créer des contextes de soins variés et variables : la contingence.

La pratique du management de la contingence incite à identifier l'ensemble des facteurs qui influencent l'environnement et la production. Les analyser, les connaître et les maîtriser revient à en diminuer leurs effets négatifs sur l'organisation voire même à les utiliser comme ressources¹⁶⁶.

5.2.2.2 Management par les valeurs.

Le management par les Valeurs a pour objectifs de mettre en place une culture d'entreprise et de garantir une gestion basée sur l'engagement contractuel psychologique¹⁶⁷ des différents acteurs à tous les échelons de l'organisation.

¹⁶⁵ Wroms F., *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris, Editions puf, 2010, 270 pages.

¹⁶⁶ Nous avons vu en formation de cadre en soins de santé que le conflit possède quelques aspects positifs. Dans certaines situations, le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement et son analyse ouvre des perspectives d'amélioration.

¹⁶⁷ Le contrat psychologique évoqué par Monsieur Florin Christian, en première année d'études de cadre en soins de santé, représente la croyance mutuelle entre employeur et employé dans les valeurs qui sont véhiculées par une entreprise. Distinguable du contrat formel écrit qui identifie

Il nécessite une communication claire des valeurs morales, juridiques, sociales, économiques et professionnelles qui orientent les décisions de l'entreprise. « ...Les valeurs, c'est ce qui est considéré comme juste et bon. C'est en fonction d'elles que se prennent la plupart des décisions et que se déterminent les comportements... ». ¹⁶⁸ Elles peuvent être individuelles et/ou collectives. Elles sont liées à nos expériences, notre éducation, nos origines socio-culturelles, nos études, nos trajectoires professionnelles, notre milieu économique, notre personnalité, etc. Elles déterminent nos ambitions, nos attitudes et nos comportements.

Au travail, les valeurs définissent la culture d'entreprise et influencent les pratiques, les décisions, la gestion, la motivation des employés, la performance, la communication interne et externe. Le management par les valeurs développe et renforce l'identité de l'entreprise et les identités des personnes qui la composent.

Dans le management par les valeurs, trois à huit valeurs ¹⁶⁹ pertinentes, globales et faciles à comprendre sont communiquées via un document de type déclaration de vision ou de culture d'entreprise. Leur crédibilité est un facteur de succès car leur intégration constitue la base sur laquelle s'établissent des outils de gestion tels que des définitions de rôles, des entretiens d'évaluation, des prises de décisions éthiques, ...

Enfin, le management par les valeurs a pour conséquence de favoriser la concourance. Cette dernière suppose qu'un Sens est donné à toute organisation qui réunit des êtres humains afin de générer leur cohésion et l'addition de leurs performances.

Le Sens désigne tout à la fois la direction que l'entreprise souhaite donner à ses actions, la signification des décisions qui y sont prises et les objectifs à atteindre. Dans ce contexte, les valeurs définies par la culture d'entreprise représentent des indicateurs de Sens pour évaluer les résultats.

Ainsi, selon Jean François Pinel ¹⁷⁰, les soignants sont davantage réceptifs à des indicateurs de valeurs qu'à des indicateurs quantitatifs et financiers.

principalement des fonctions et des conditions pratiques de l'emploi, le contrat psychologique marque l'intégration de la culture d'entreprise et facilite l'engagement professionnel des acteurs.

¹⁶⁸ http://www.piman.ch/data/files/leadership/managementvaleurs_octobre09.pdf (page consultée le 10 décembre 2014)

¹⁶⁹ Idéalement, moins de six.

¹⁷⁰ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_GR3_-_Artisanat_et_entreprise_Pinel.pdf (page consultée le 20 novembre 2014)

Objecter cet aspect serait s'appuyer exclusivement sur des indicateurs peu ou pas reconnus comme pertinents par les soignants et donc échouer dans leur mobilisation à poursuivre les objectifs institutionnels. Par conséquent, l'élaboration de la culture d'entreprise doit être réalisée au départ de la concertation entre les managers et les professionnels de soins.

Enfin et selon Bruno Jarrosson, quand nous disons que nous manquons de temps, nous exprimons que nous manquons de Sens¹⁷¹. Pour l'auteur, la vie n'est pas une mesure du temps mais le contenu du temps. L'essentiel de notre temps ne devrait donc pas être d'atteindre un objectif mais devrait être constitué du contenu du chemin vers l'objectif. Le management par les valeurs permettrait finalement de remplir ce chemin d'un Sens et de trouver des consensus entre les différentes conceptions et valeurs données au temps.

Pratiquement.

Autoriser les soignants à participer à la définition des valeurs institutionnelles aurait un effet bénéfique durable pour une institution de soins. Leur octroyer un temps de parole, les écouter et restaurer leur expertise faciliteraient leur acculturation. JF Pinel¹⁷² explicite que responsabiliser les soignants, leur apprendre les méthodes pour progresser, leur donner les outils pour planifier et améliorer leur activité ouvrira la voie de la collaboration constructive et respectueuse entre les managers et les professionnels de soins.

Ainsi, le management par les valeurs répond à la volonté de hiérarchiser des valeurs et de partager des objectifs en adéquation avec d'une part la recherche de productivité et d'autre part, les aspirations des soignants. La création d'un conseil infirmier intra hospitalier, par exemple, peut être le lieu de rencontres entre des représentants de différentes unités, de différentes spécialités. Ces rencontres sont autant d'occasions d'exposer les difficultés, les dysfonctionnements, de partager ses idées et de rechercher des solutions. Le cadre en soins de santé, enfin, doit pratiquer des réunions d'équipe au sein de son unité pour autoriser des moments de partage, informer et opérer des réajustements.

¹⁷¹ Jarrosson B., *Briser la dictature du temps. Comprendre ce qu'est le temps pour mieux le vivre*. Paris, Editions MAXIMA, 2004. p. 113.

¹⁷² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_GR3_Artisanat_et_entreprise_Pinel.pdf (page consultée le 20 novembre 2014)

5.2.3 Améliorer le leadership.

Au premier chapitre, des études réalisées au niveau national et international relèvent que les soignants disent que le leadership est inefficace. Pour les soignants, le style de management, la dynamique de l'équipe, la reconnaissance du travail, les buts et les valeurs de l'organisation sont déterminants dans leur implication à effectuer leurs tâches. Ainsi et pratiquement, les soignants sont demandeurs d'améliorations autant dans le management que dans le leadership des soins.

Ils réclament des solutions pour répondre à leurs demandes d'écoute, de soutien, de reconnaissance et leur besoin de donner un sens et de la valeur à leur travail.

Le leadership est l'art d'amener des personnes à accomplir une tâche de manière volontaire. Le leadership suppose l'influence d'un individu sur un groupe par sa capacité à fédérer et à mobiliser les énergies autour d'une action collective. Le pouvoir attribué au leader peut être formel ou informel. La complexité de trouver un leadership qui convienne à toutes les situations est grande, notamment dans la gestion du temps, car les individus n'obéissent pas aux mêmes types de fonctionnement. Ils ne possèdent pas les mêmes niveaux d'expertise et sont différemment impliqués dans leur travail. Cette assertion se vérifie d'autant dans le milieu hospitalier et précisément dans le leadership des soignants car ces derniers présentent des profils et des valeurs diverses.¹⁷³

Toutefois, le modèle de Blake et Mouton ouvre une première piste de réflexion. Selon cette théorie, le leadership varie selon les contextes. Il constitue donc une première source d'inspiration pour le cadre en soins de santé.

¹⁷³ Nous avons abordé cet aspect au chapitre 1 du cadre conceptuel.

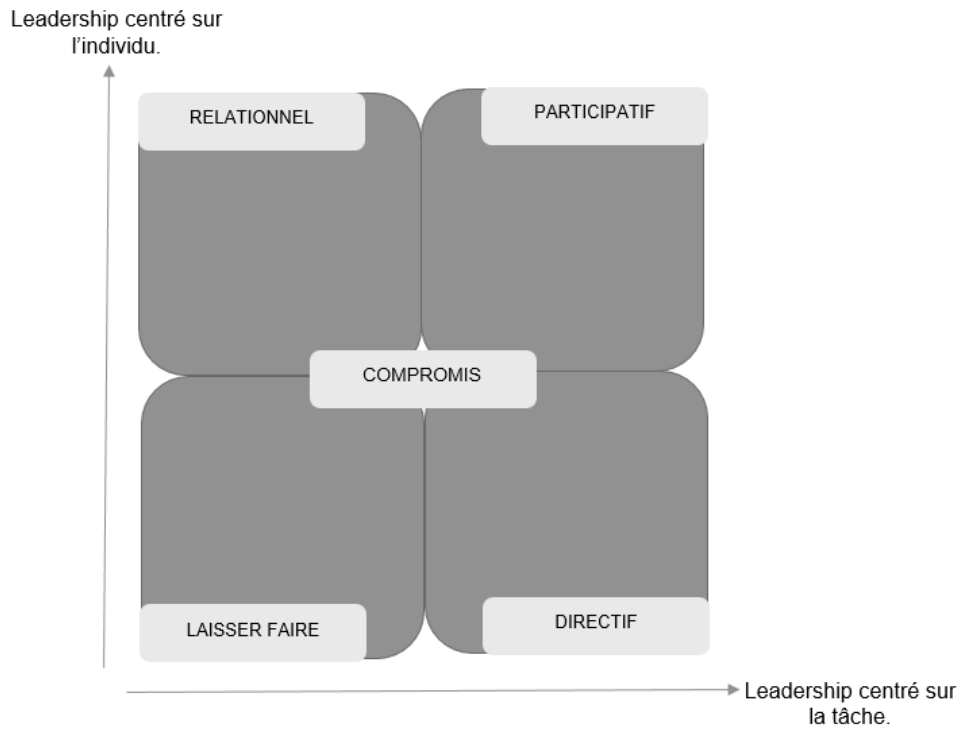


Figure 3 Modèle de Blake et Mouton.

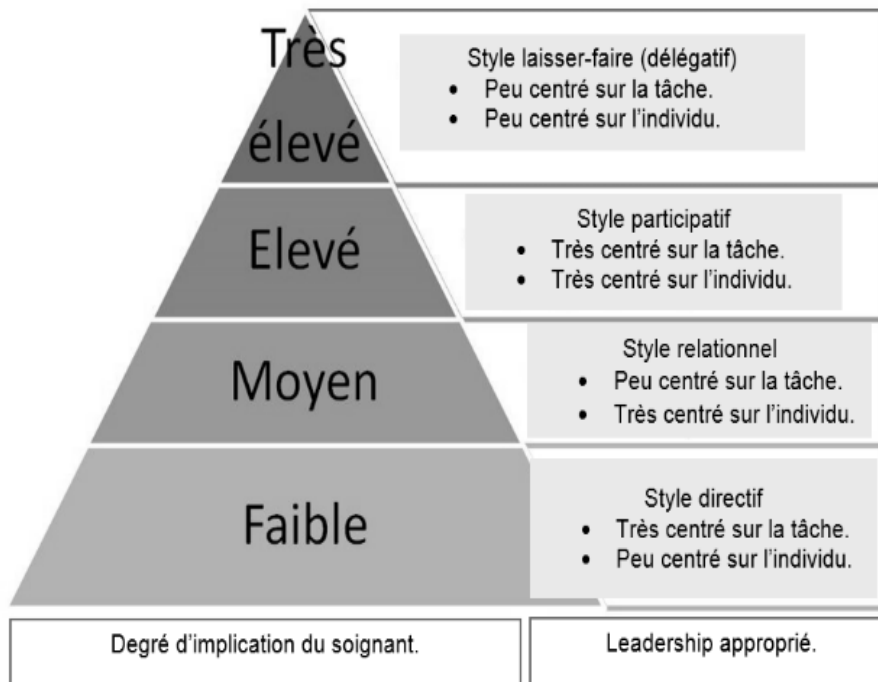


Figure 4 Modèle de Blake et Mouton.

Ensuite, le leadership peut s'adapter aux individus. Dès lors, pour gérer les personnalités¹⁷⁴ et leurs relations aux temps, certains conseils pratiques sont développés ci-dessous :

L'hypomaniaque est un travailleur qui ne se préoccupe ni du passé, ni de l'avenir. Il vit l'instant présent avec intensité, dynamisme et plaisanterie. Au travail, il peut se montrer d'une grande créativité et est toujours dans l'action. Son énergie et sa joie de vivre restent socialement acceptable. Néanmoins, son excitation peut parfois être un inconvénient lorsqu'il agit impulsivement, surestimant ses idées, sans en avoir au préalable jugé les bons et les mauvais côtés. L'hypomaniaque nécessite donc une attention continue et discrète. Il doit se sentir libre d'exprimer sa créativité tout en restant écouté, conseillé et entouré mais jamais étouffé, ni culpabilisé. Son leadership réclame de fixer certaines règles afin de prévenir les excès et l'épuisement. L'instauration d'une relation respectueuse dans laquelle instaurer le dialogue et le partage sont à privilégier.

Le déprimé perçoit l'avenir avec pessimisme voire comme inenvisageable. Il est triste, négatif et ralenti. Son attention est tournée vers le passé dont les événements qui ont provoqué un frein à son succès servent d'arguments pour ne plus avancer.

Il possède une faible estime de lui. Il est susceptible de se décourager et de se désengager au risque d'évoluer vers la dépression et l'absentéisme chronique. Pour maintenir un déprimé au travail, il faut respecter sa vision tout en lui rappelant qu'un verre à moitié vide est aussi un verre à moitié plein. Le leader doit rester neutre et réaliste. Le paternalisme et les attitudes moralisatrices sont à proscrire. Le leader doit éviter d'entrer dans la relation d'aide et rediriger le travailleur vers la médecine du travail si nécessaire. Il est conseillé de valoriser les réussites et de lui attribuer préférentiellement des tâches qu'il maîtrise pour faciliter son regain de confiance en lui.

L'anxieux est stressé, tendu et se préoccupe de tout. Il anticipe l'avenir avec crainte comme si un danger se préparait à venir. Il semble vouloir être toujours à l'avance sur le temps. Il est souvent très en avance sur son lieu de travail. Il achève ses tâches très vite et fait plusieurs choses en même temps. Il a toujours quelque chose à faire. Son doute et son anxiété peuvent devenir contagieux et créer un groupe d'anxieux qui peuvent devenir difficiles à gérer.

¹⁷⁴ http://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/Pouget1990.pdf (page consultée le 17 octobre 2013)

Car les anxieux sont chronophages. Ils ont souvent le souci de bien faire et ont besoin en permanence d'être rassurés. Toutefois, bien dirigé, un anxieux peut devenir un excellent collaborateur car il est impliqué dans son travail. Par conséquent, le leader lui confiera des missions dans lesquelles il peut développer sa confiance en soi. Des entretiens de progression positifs sont à privilégier.

L'obsessionnel, perfectionniste et méticuleux, est attaché au temps du chronomètre et conventionnel. Mais aussi, très attaché aux détails, il peut devenir lent et se perdre dans ses obsessions. Pour gérer ce type de personnalité, il est conseillé de lui montrer l'utilité de sa tâche en le recentrant sur l'objectif final. Lorsque des délais sont à respecter, il faut lui démontrer l'impact du retard pris à soigner des détails sans importance afin de le responsabiliser.

Le pervers aime manipuler. Il utilise les autres comme objets. De même il tente de manipuler le temps. Il est souvent occupé, toujours affairé à monter des plans en sa faveur. Le temps qu'il investit pour lui est finalement du temps perdu pour l'atteinte d'objectifs collectifs. Il faut donc éviter de lui donner un statut supérieur aux autres afin de ne pas développer d'autant son orgueil. Néanmoins et pour écarter un risque de conflit, lui déléguer la responsabilité d'un domaine de compétences peut satisfaire son besoin de reconnaissance.

Le retardataire est souvent en retard, gère mal son temps et dérange ses collègues qui s'appliquent à commencer leurs occupations à l'heure. Ce genre de personnalité accepte difficilement la punition qui aggraverait la situation. En conséquence, il faut ne pas l'attendre, commencer à travailler sans lui et lui rappeler les règles, le bon fonctionnement d'une collectivité et l'importance de se conformer aux règlements.

Le chronophage demande une attention démesurée. Il est toujours dans l'attente d'écoute, de rencontre, de conseils, de validation de son travail, de révisions de son horaire, de recevoir des informations sur des sujets parfois sans importance, de l'aide, ... Il consomme ainsi le temps des autres de façon considérable. Il nécessite d'être recentré sur ses tâches et sur les objectifs à atteindre. Il faut fixer des limites de temps pour des rencontres et les respecter scrupuleusement. Les consignes doivent être claires et aller droit au but. Les questions à lui poser doivent être directes et fermées.

Enfin, le leader et particulièrement celui de soignants, pour être efficace doit développer trois capacités :

La capacité à définir ses valeurs et à les communiquer. Les soignants ont besoin de s'appuyer sur des savoirs, des principes éthiques et des valeurs. Les théories de soins infirmiers et des modèles conceptuels se sont développées au départ d'autres connaissances scientifiques et humaines. Elles ont défini des façons d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin sur lesquelles faire reposer la pratique infirmière. Elles favorisent la distinction et la reconnaissance de cette profession par rapport aux autres disciplines de santé. La démarche en soins infirmiers est un processus de résolution de problèmes qui nécessite d'être structuré. Les modèles conceptuels fournissent cette structure. De plus, les connaissances et les valeurs qu'ils véhiculent guident la pratique en soins infirmiers. Ils donnent un Sens aux soignants et les épargnent de tout sentiment d'égarement ou de manque d'efficacité et de temps.

La capacité à accompagner et à guider son équipe vers un objectif. Un guide en haute montagne a pour mission d'emmener une expédition vers un objectif qui est le sommet. Pour ce faire, il est responsable de la sécurité et du bien-être des membres de l'équipe qui lui est confiée. Il construit son projet en balisant la route, en prévoyant les temps d'efforts, les temps de repos et en fixant les règles à respecter. Il prévoit le matériel et les ressources à emmener, vérifie que les équipements sont complets et fonctionnels.

Il faut imaginer le cadre en soins de santé comme un guide de haute montagne. Son objectif est de garantir la qualité des soins. Ses missions sont également de construire les horaires, de veiller à la présence, à la bonne utilisation et à la maintenance du matériel. Il anticipe les difficultés, gère les conflits et accompagne son équipe vers l'atteinte des buts dans les limites fixées par les normes nationales et l'institution.

La capacité à observer et à faire preuve de discernement. L'infirmier en chef doit pouvoir observer les membres de son équipe et anticiper les problèmes. Il doit pouvoir prendre position et prendre des décisions parfois difficiles. Afin de mesurer les inconvénients et les avantages de ses choix, il doit pouvoir faire preuve de discernement. Le discernement vient du latin *discernere* qui signifie séparer et distinguer.

Christine Cayol définit le discernement comme la capacité d'une personne à « ...distinguer par la vue une chose ou une personne de manière à éviter toute confusion avec ce qui lui ressemble ou la cache... »¹⁷⁵. « ...Discerner revient donc à découper le réel ou du moins à en écarter les composants pour mieux les voir... »¹⁷⁶. Elle considère que notre attention est parfois tellement dirigée vers l'appât du gain ou du pouvoir que nous en devenons incapables de voir ce qui est face à nous et négligeons les évidences. Les conséquences sont que nos décisions deviennent invraisemblables et vides de sens. Christine Cayol encourage donc à redevenir attentifs à cet environnement proche, à se concentrer sur l'accessible, à prendre le temps de se demander à quoi nous tenons¹⁷⁷. Car « ...le discernement commence par la nécessité de prendre le temps de faire confiance à ce que l'on voit, ce que l'on sent, en essayant de le décrire le mieux possible; ce qui est sans doute le plus exigeant... »¹⁷⁸. Réaliser l'exercice du discernement permet finalement de prendre des décisions pertinentes et de témoigner d'efficacité. Faire preuve de discernement, pour le cadre en soins de santé, c'est finalement avoir la capacité d'analyser chaque situation qui se présente à lui et pouvoir utiliser les moyens mis à sa disposition¹⁷⁹, les optimiser et atteindre les objectifs d'efficacité et de qualité.

5.2.4 Valoriser le travail des soignants.

Le cadre en soins de santé peut être considéré comme le professionnel chargé de soutenir l'équipe dont la responsabilité lui a été confiée. Il a pour mission de valoriser¹⁸⁰ le travail des soignants tout en imposant des limites. Les limites peuvent venir de l'extérieur ou de l'intérieur. Le cadre doit donc pouvoir les identifier et les connaître afin de s'y adapter, d'en supporter les pressions et d'équilibrer les tensions. De ce fait, il se situe entre le marteau et l'enclume. Il représente l'espace dans lequel le travail de l'artisan prend sa forme.

¹⁷⁵ <http://managementphilosophy.over-blog.com/article-6266049.html> (page consultée le 4 janvier 2014)

¹⁷⁶ Ibidem.

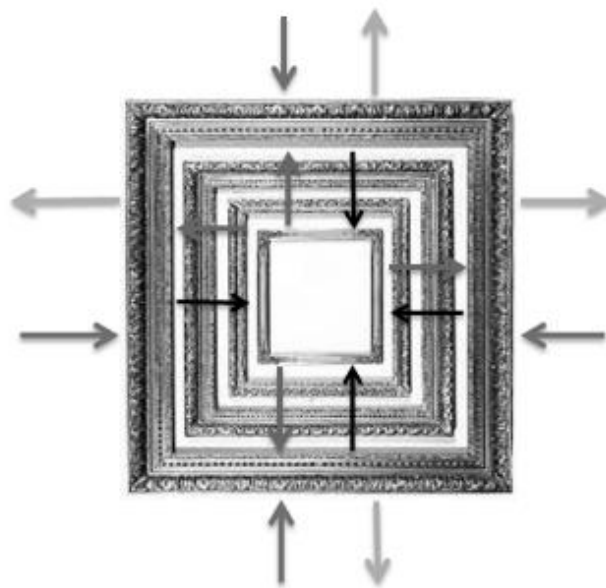
¹⁷⁷ « ... A quoi tenons-nous ? » est la question posée par F. Wroms.

¹⁷⁸ <http://managementphilosophy.over-blog.com/article-6266049.html> (page consultée le 4 janvier 2014)

¹⁷⁹ Compétences du personnel, locaux, matériel, budget, nombre d'individus composant l'équipe, ...

¹⁸⁰ Quand nous utilisons le terme valoriser, nous exprimons, d'une part que le cadre transforme le travail des soignants en valeurs et en ressource pour l'institution qu'il représente. D'autre part, il donne aussi de la valeur à ce travail en favorisant sa reconnaissance et donc, la promotion des soins infirmiers.

De nouveau, dans le contexte hospitalier, il s'agit de donner un Sens au travail d'artisans soignants et particulièrement des infirmières. Le Sens désigne tout autant la direction que prennent les limites que la signification donnée au travail des soignants et aux décisions institutionnelles. L'action du cadre en soins de santé a donc plusieurs résultats. Soit la valeur du travail des soignants augmente et justifie d'en augmenter les limites. Soit la valeur du travail des soignants diminue et justifie d'en réduire les limites. Soit, des facteurs extérieurs exercent une pression et réduisent les limites. Soit, des facteurs extérieurs lèvent leur pression et augmentent les limites.



De ce fait et malgré des contraintes extérieures, il est possible d'envisager des solutions pour que le travail des soignants s'exécute dans des conditions temporelles qui rencontrent l'équilibre entre les objectifs institutionnels et les attentes de l'équipe. Selon Madame Darras¹⁸¹, par exemple, les infirmières sont insatisfaites car le contenu de leurs prestations est composé de nombreuses tâches administratives et d'actes médico-techniques. Le temps investi dans des occupations non essentielles les pousseraient à négliger la relation avec le soigné et accentuerait la sensation de manquer de temps. E. Darras encourage les infirmières à déléguer certains actes et à retrouver leur hardiesse au travail. Les soignants et les cadres en soins de santé ont donc pour mission aujourd'hui d'envisager le soin selon de nouvelles règles et d'oser le recréer.

¹⁸¹ <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Rapport%20version%20finale.pdf> (page consultée le 2 mars 2014)

Puisque le temps est un vécu, il offre autant de pistes de réflexion que de façons dont il est perçu et donc, autant de possibilités de réfléchir l'organisation des soins.

L'étude NEXT¹⁸², propose de définir une culture institutionnelle basée sur le respect, la confiance et le développement professionnel. Elle suggère d'impliquer affectivement les infirmières à l'institution qui les emploie, d'augmenter la qualité du leadership, de laisser les infirmières participer plus à la définition de leur travail et de repenser la répartition des tâches entre les soins directs et les tâches administratives. De même, elle encourage à obtenir une dotation infirmière adéquate, du personnel qualifié afin de dispenser des soins de qualité aux patients et d'autoriser plus de flexibilité et d'autonomie dans la définition des horaires.

Enfin, pour valoriser le travail des soignants, il faut pouvoir en mesurer son efficacité. La mesure des prestations de soins infirmiers se réalise de diverses manières et sur la base de nombreux documents dont fait partie le dossier de soins infirmiers. La quantité des indicateurs de la charge de travail et les indices de la qualité des soins dégagent plusieurs résultats dont :

Le financement des soins. Il repose, en autres, sur la tenue exhaustive du dossier de soins infirmiers pour justifier la charge réelle du travail du personnel soignant. Sur l'ensemble des prestations est calculé l'octroi de points destinés au financement de personnel supplémentaire.

Le principe est donc simple, plus les infirmières étoffent leurs dossiers, plus elles augmentent leur possibilités de bénéficier d'aides financières, d'agrandir leur effectif et finalement de récupérer du temps.

La reconnaissance de la profession. Elle passe par l'expression du rôle autonome. Celui de l'infirmière se nourrit de la pratique de la démarche en soins infirmiers. Ici aussi, les infirmières gagnent à témoigner de leurs interventions spécifiques à travers la rédaction de plans de soins dans le dossier de soins infirmiers. En démontrant la qualité de leurs prestations, elles fourniront les arguments nécessaires pour revendiquer la reconnaissance à laquelle elles aspirent.

La réputation de l'institution. Elle se construit non seulement sur la renommée des médecins cliniciens mais aussi sur les représentations que les malades ont de leurs séjours à l'hôpital.

¹⁸² <http://www.hosp.ucl.ac.be/recherche/NEXTBelgium-OrganizationalFactors.pdf> (page consultée le 23 mars 2014)

Les soignants occupent une place fondamentale dans la réputation de l'institution car ils sont les travailleurs qui passent le plus de temps aux contacts des patients. Leur disponibilité, leur expertise, leurs comportements et la qualité de leurs interventions sont des facteurs qui influencent la satisfaction des patients et la réputation de l'institution.

Le cadre en soins de santé a finalement pour mission d'encourager les soignants à écrire et à témoigner de la pratique de la démarche en soins infirmiers. La rédaction des plans de soins et des dossiers de soins peut se baser sur un modèle conceptuel. Ce dernier peut être choisi institutionnellement ou en équipe. Enfin, s'appuyer sur une démarche réflexive de soins et justifier les objectifs sont des étapes préliminaires à la recherche de Sens que réclament les soignants.

5.2.5 Gérer le temps du cadre en soins de santé.

Au point 5.1.3, il apparaît que les cadres en soins de santé rencontrent une double souffrance : le jeu de mise en difficulté par des soignants et un manque de temps. Un ensemble d'activités les détourneraient de la mission essentielle à leurs yeux : manager les équipes de soins. Or, un management efficace résulte de la combinaison de quatre principes : la planification, l'organisation, la direction et le contrôle¹⁸³.

Le management nécessite une gestion optimale du temps et des priorités. L'efficacité d'un cadre se mesure davantage sur l'atteinte d'objectifs que sur la quantité d'activités réalisées. Un manager efficace doit donc être capable de discerner l'utile de l'inutile, d'identifier les priorités, de répartir les activités, de déléguer, de donner un sens et de concrétiser les objectifs. Dès lors, il est opportun de développer ici quelques conseils pour aider le cadre en soins de santé à gérer son temps. Pour ce faire, le cadre en soins de santé doit axer ses actions sur deux volets :

5.2.5.1 Gérer les priorités.

Certains cadres en soins de santé entretiennent l'illusion de devoir faire un maximum de choses en un minimum de temps pour être efficace.

¹⁸³ Blackburn C. & Tétreault S., *Managers, gérez vos ressources humaines, votre temps et vos priorités*. Le Mans, Gereso Editions, 2013. p. 133.

En conséquence, leur liste de tâches et d'obligations ne cesse de s'allonger. Ils en deviennent submergés, inefficaces, démotivés et épuisés. Il est donc nécessaire de faire un tri entre ce qui doit être fait, ce qui ne le doit pas, ce qui n'est pas prioritaire et ce qui peut être fait par une autre personne. Pour y parvenir, six règles s'imposent¹⁸⁴ :

Hiérarchiser ses activités.

Les outils pour gérer les priorités sont nombreux et l'un d'entre eux, c'est-à-dire, l'agenda est indispensable. Il permet de structurer les activités dans le temps, à court terme, à moyen terme et à long terme. L'agenda permet d'établir un plan d'actions et d'éviter de se disperser. De plus, il est le reflet de la manière dont un manager aménage son temps. Il témoigne de son aptitude à gérer les priorités et donc de ses compétences de gestionnaire. Dans un climat où tout s'accélère, où le temps est de l'argent et où il ne faut pas perdre de temps, l'agenda du manager doit donc l'aider à poursuivre ses objectifs et à hiérarchiser ses activités. La tenue d'un agenda s'établit sur trois principes : planifier, optimiser et organiser.

Planifier est établir un plan d'action dans lequel sont détaillées les étapes pour atteindre un objectif. Ces étapes sont au nombre de quatre : identifier les objectifs, traduire les objectifs en activités, fixer des délais et finalement, établir un ordre de priorités.

Optimiser consiste à éviter les pertes d'énergies, de temps et supprimer tout ce qui peut éloigner du plan d'actions. Pour cela, le manager se doit de développer l'habitude rigoureuse de ne pas s'écarter du chemin suivi. Avec constance, il doit donc discerner ce qui doit être fait de ce qu'il veut faire et se tenir aux priorités.

Organiser est avant tout déterminer un plan de travail et répartir les activités. Dans l'agenda est noté ce qui doit être fait, par qui, comment et quand. Le but est d'assurer l'avancement des activités et de pouvoir, à n'importe quel moment, s'y référer et contrôler, au moment opportun, l'atteinte des résultats escomptés.

¹⁸⁴ Blackburn C. & Tétreault S., *Managers, gérez vos ressources humaines, votre temps et vos priorités*. Le Mans, Gereso Editions, 2013. p. 141-147.

Traduire les priorités.

La première priorité d'un manager est de traduire la vision, la mission et les valeurs de l'institution. Il doit pouvoir définir ce qui doit être fait et à quelle fin. Dans le contexte actuel où les soins de santé doivent se réaliser avec moins de financements, dans des délais de plus en plus courts, dans l'objectif de dispenser des soins de qualité au plus grand nombre et à moindre coût, il est nécessaire de constamment rappeler les objectifs à atteindre. La condition majeure de l'adhésion des soignants aux objectifs institutionnels et la réussite des projets reposent sur la traduction de ces derniers en valeurs qui trouvent écho auprès des soignants.

Les projets doivent avoir un sens pour les soignants. Ce sens et les priorités doivent être clairs et matérialisés en termes de résultats simples, mesurables, accessibles, réalisables et temporels. Pour y parvenir, rigueur, constance et discipline doivent s'appliquer à tous les niveaux de l'institution.

Éliminer.

Le principe est simple et consiste à faire disparaître tout ce qui peut faire obstacle à l'avancement du plan d'actions. Il faut discerner tout ce qui est utile de l'inutile, identifier les parasites et les éliminer. Il faut pouvoir renoncer et dire non. Non aux tâches non essentielles, non aux sollicitations intempestives de certaines personnes, non au gaspillage de temps, non au manque d'informations et non à l'énergie investie dans l'usage abusif de communications virtuelles. Il faut faire le tri dans ses mails et user le cas échéant du téléphone pour demander une information claire sans échanger de courriels parfois à peine lus et vite oubliés.

Pour résoudre certains problèmes, il faut oser renoncer à sa position et organiser une rencontre de personne à personne. La discussion s'avère souvent la méthode la plus efficace pour éliminer certaines contraintes et malentendus.

Simplifier.

Pourquoi faire compliquer quand on peut faire simple ? Plus on simplifie les choses, plus elles sont claires. Plus les choses sont compréhensibles, plus elles ont de chances d'aboutir.

Gérer les contraintes.

Parfois certaines activités semblent difficiles à accomplir et les plus simples sont celles par lesquelles nous commençons volontiers notre travail au risque de reporter les premières. Parfois même, les activités les plus compliquées sont les plus essentielles et les plus prioritaires. La gestion de conflit, par exemple, est une activité difficile que l'on remet souvent à plus tard. Elle est pourtant d'une grande importance dans certaines situations qui peuvent vivement dégénérer.

En gestion des priorités, il est conseillé de commencer par le plus difficile et de les terminer. Pour un manager, la capacité de concentration est de toute importance. Il a quotidiennement des problèmes à traiter pour lesquels son attention est fortement sollicitée. S'il débute ses activités par la plus difficile, il augmente ses chances de parvenir à l'achever avec succès.

De même, il est recommandé d'accomplir une chose à la fois pour pouvoir se concentrer sur chacune d'elles et éviter de se disperser.

Gérer les contraintes est aussi prévoir l'imprévu. Il faut organiser son temps à concurrence de soixante à septante-cinq pour cent de telle sorte à bénéficier de vingt-cinq à quarante pour cent de son temps de travail pour gérer les imprévus. Un cadre en soins de santé doit être proactif. Il doit pouvoir prévoir les urgences afin de ne pas être dépassé lorsqu'elles surviennent. Il est donc nécessaire de savoir éliminer certaines tâches de son agenda et de déléguer.

Déléguer

Déléguer est faire faire à d'autres des activités afin de pouvoir récupérer du temps pour réaliser des tâches prioritaires. Déléguer est aussi confier certaines missions spécifiques à des personnes expérimentées.

En conséquence, déléguer implique de connaître les forces et les faiblesses de chacun, de faire confiance et d'impliquer les membres de son équipe. A cette fin, le cadre en soins de santé doit accepter de partager des informations, d'expliquer ses projets et de prendre le temps de répondre aux éventuelles demandes.

L'objectif est de responsabiliser les soignants pour qu'ils puissent le suppléer en cas de problème ou d'indisponibilité. Déléguer est donc l'opportunité d'optimiser son temps.

5.2.5.2 Gérer son hygiène du temps.

Le premier facteur de réussite d'un manager est son équilibre personnel. L'efficacité ne s'évalue pas en fonction du nombre d'heures prestées, ni sur une liste infinie d'actions de toutes sortes. L'efficacité repose sur l'atteinte de résultats escomptés et ceci dans les meilleures conditions¹⁸⁵ de travail possibles. Etre efficace demande donc de rechercher constamment la méthode de travail la plus performante et de parvenir à gérer les priorités dont la première est sans aucun doute : soi-même.

Le cadre en soins de santé doit pouvoir s'aménager des moments de repos et de tranquillité. Il doit pouvoir identifier quelles sont ses priorités personnelles. Cela repose sur la connaissance de ses propres valeurs et sur celles qui motivent son engagement professionnel. L'importance pour un cadre en soins de santé de donner un sens à sa vie et à son travail est double.

D'une part, il différencie son temps de travail de son temps de vie privée. Il distingue les choses importantes et celles qui le sont moins. Il libère son temps des choses accessoires. En conséquence, il est capable de s'arrêter et de conserver son énergie pour la gestion de priorités.

D'autre part, en témoignant d'un mode de fonctionnement sain et d'un emploi du temps équilibré à son équipe, il devient un exemple sur lequel les soignants peuvent calquer leurs habitudes.

¹⁸⁵ Au moindre coût, en adéquation avec les moyens alloués et dans l'économie des ressources.

Conclusions et perspectives.

La problématique, « pourquoi les soignants disent-ils manquer de temps pour effectuer leur travail alors que le temps attribué aux soins semble suffisant ? Comment le cadre en soins de santé doit-il interpréter ces propos et quelle réponse managériale y donner pour pratiquer une gestion optimale du temps de travail des soignants ? », nous a entraîné dans une démarche de réflexion sur le rôle du cadre en soins de santé dans la gestion du temps des soignants.

Nous avons choisi la méthode socio historique pour structurer notre recherche. Notre volonté était de comprendre comment et pourquoi le groupe social des soignants est historiquement parvenu à exprimer un manque de temps. Nous espérons trouver des réponses à partir desquelles suggérer des actions pratiques pour le cadre en soins de santé. Pour ce faire, nous avons choisi de diviser le cadre conceptuel en cinq parties.

La première avait pour objectif de présenter le soignant et les difficultés auxquelles il est exposé. Nous en retenons que les soignants tardent à témoigner d'une autonomie professionnelle et d'un rôle particulier qu'ils revendiquent avec force. La cause trouverait sa source dans une histoire marquée par le dévouement, la soumission, la disponibilité temporelle et la transmission principalement orale d'un savoir qui, encore aujourd'hui, s'exprime peu dans leurs écrits. Pourtant, le profil du soignant a considérablement changé. Il est issu de milieux socio-culturels, de parcours individuels et professionnels divers. Il bénéficie de formations, de spécialisations variées et a accès à la recherche en soins infirmiers.

Toutefois, si ces aspects devaient permettre aux soignants d'affirmer leur science, il semble que l'ensemble des options dont ils disposent les divisent d'autant. En conséquence, les soignants se retrouvent livrés à un malaise identitaire et continuent d'entretenir l'héritage du passé. Ils demeurent investis dans l'exécution de tâches hétéroclites, chronophages et parfois vides de sens. De ce fait, ils profiteraient d'un temps insuffisant pour s'adonner au soin et rencontrer les patients dans leurs vécus. Des études menées à grande échelle relatent ces faits, évoquent la souffrance des soignants et les encouragent à développer leur hardiesse.

Sensibilisés au manque de temps et aux difficultés qu'expriment les soignants, nous nous sommes interrogés sur le rôle du cadre en soins de santé. Pour définir son action, nous avons opéré progressivement.

Dans un second chapitre, nous avons évoqué le travail. Dans un troisième, notre volonté a été de faire la liaison entre le travail et le temps. Nous nous sommes enfin hasardés à conceptualiser le temps dans un quatrième chapitre.

Ainsi, nous avons poursuivi notre réflexion par une approche dialectique du travail. Lourd de son héritage étymologique et d'une histoire peu glorifiante, nous avons saisi les facteurs qui le révèlent comme une contrainte voire comme une réelle souffrance. Mais nous avons aussi appris que le travail est une activité essentielle de l'être humain car il conditionne sa survie et structure la vie sociale. Lorsqu'on y reconnaît l'occasion d'y exprimer sa créativité, de satisfaire sa curiosité, d'exercer ses habiletés relationnelles et de s'y recréer, le travail peut être un plaisir.

L'association du travail et du temps donne lieu à la définition d'un temps de travail. Celui-ci, objet du troisième chapitre du cadre conceptuel, est une notion fondamentale du droit de travail. Au centre de négociations entre les objectifs de productivité des entreprises et la volonté de sauvegarder le bien-être des travailleurs, le législateur prévoit un ensemble de dispositions générales. Les applications de ces dernières sont modulables via la rédaction de règlements de travail et de CCT¹⁸⁶. Cette assertion détermine autant de temps de travail que de situations particulières dont notamment le temps de travail des soignants pour lesquels les prestations de nuit, du dimanche, les gardes et les heures supplémentaires sont normalisées. Cette réalité connue et acceptée par les soignants au départ de leur choix de carrière reste pourtant un facteur d'insatisfaction. Les professionnels de soins se plaignent d'être soumis à un temps de travail de plus en plus mesuré, rationalisé et limité. Ce fait limiterait leur disponibilité auprès des patients, alourdirait leur charge de travail et les obligerait à amputer sur leur temps libre pour achever leurs soins.

Nous avons vu alors que le temps libre est en constante augmentation, qu'il s'oppose au temps de travail et que les soignants demandent à pouvoir en disposer avec autant de largesse que d'autres corps de métiers. Dès lors, équilibrer le temps de travail et le temps libre constitue un challenge et impose de développer au préalable une connaissance du temps.

¹⁸⁶ Conventions Collectives de Travail.

Or, résumer le temps est un exercice complexe. Il peut tout aussi bien renvoyer au temps biologique qu'au temps physique, découpé et mesurable. Il peut décrire une variation de l'état atmosphérique.

Mais surtout, dans sa version la plus alambiquée, il est le résultat de la perception humaine. Pour exister, le temps nécessite une prise de conscience et une formalisation par l'Homme. Il serait alors davantage un construit humain. Ce construit se matérialise dans la grammaire, dans le langage, dans la création d'outils pour le représenter, le mesurer, le contrôler, le maîtriser et dans la volonté de le standardiser aux niveaux macrosociologique, microsociologique, institutionnel, etc.

En vertu des aspects que peut emprunter le temps, le manque de temps devient, du coup, tout autant complexe à circonscrire. Nous sommes restés sur des interrogations. Le manque de temps cache-t-il un manque de motivation ? Signifie-t-il un manque de sens ? Repose-t-il réellement sur un manque de temps mesuré ?

Nous pensons que le manque de temps est multi factoriel et qu'il peut définir autant de situations que de manières de vivre le temps. Nous avons reconnu que le manque de temps est un fait social et avons exprimé comment l'expliquer. Nous imaginons alors qu'il est le résultat d'un rythme social en constante accélération et de la surabondance.

En effet, entre le développement massif des technologies, la surinformation, l'accès aux innombrables loisirs, la mixité des cultures, la pluralité des valeurs et la nécessité de devenir concurrentiel pour répondre aux demandes de clients exigeants, les individus se retrouvent dans l'obligation de faire des choix, d'opérer des renoncements et incapables de gérer leurs temps. Perdus et dépassés, les êtres humains exprimeraient leurs frustrations en accusant le temps. Un temps qui semble d'autant responsable de la difficulté des femmes et précisément des soignantes à concilier leurs vies professionnelles et privées.

Néanmoins, nous sommes parvenus à proposer des actions dans un dernier chapitre sur le rôle du cadre en soins de santé. Ce chapitre « *phare* » éclaire le profil du cadre, l'historique de sa fonction, ses difficultés et propose des solutions pour gérer les problèmes relatifs au temps.

Mis en évidence par des études nationales et internationales, les maux qui affligent les soignants nécessitent que les cadres en soins de santé¹⁸⁷ réfléchissent à des solutions pour maintenir la motivation des soignants. Or, de nombreux efforts ont déjà été et continuent d'être faits pour calculer la charge de travail des soignants et améliorer leurs conditions de travail. Le management dans les soins de santé évolue. En vue de répondre à des situations devenues difficiles en raison d'un contexte économique peu favorable, les institutions de soins s'inspirent de modèles de gestions du temps de travail entrepreneuriaux. Même si l'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, les applications de management tels que le taylorisme, le lean management, le management de la contingence et le management par les valeurs peuvent apporter quelques modifications bénéfiques notamment en termes de temps.

De son côté, la fonction de cadre en soins de santé se professionnalise et est parfois mal perçue par les soignants. Ils s'imaginent que l'infirmier en chef ne partage plus leurs valeurs. Pourtant, même si le quotidien du cadre en soins de santé arbore un discours collectif et gestionnaire, son objectif reste similaire. Il a pour but de soigner. Son approche est juste différente. Le soigné reste au centre de ses préoccupations. Malgré cela, les soignants semblent maintenir des comportements rituels qui concourent à entretenir le jeu des résistances aux changements et mettent le cadre de soins de santé en difficulté. Ils l'accusent, entre autres, d'être responsable de leurs manques de temps. Pour faire face, nous proposons finalement d'envisager des actions centrées sur le temps mesuré et le temps vécu.

Mais nous aimerions développer ici quelques perspectives au-delà de la fonction du cadre en soins de santé.

Pour réduire l'absentéisme et le désengagement du personnel, certaines entreprises¹⁸⁸ ont développé des services pour leurs employés. Que ce soit sur le lieu de travail ou à domicile, le personnel bénéficie d'aides pour l'organisation de leur vie quotidienne : repassage, octroi de titres services pour le ménage, soutien scolaire et garde d'enfants, téléassistance aux personnes âgées, installation et maintenance informatique à domicile, conseils et aides dans les démarches administratives, prestations postales et livraisons de colis, magasin d'appoint, guichet de banque et distributeurs d'argent, salle de sport, ...

¹⁸⁷ Et les institutions qu'ils représentent

¹⁸⁸ Le groupe Accor, en France, par exemple.

La facilité d'accès de ces services permettrait ainsi de coordonner le travail et une partie des activités privées. Certaines grandes structures hospitalières se sont déjà investies dans l'aménagement de prestations similaires.

Plus encore, certains imaginent l'hôpital du futur telle une structure offrant des chambres « *high tech* ». Ainsi, un article du journal Le Vif¹⁸⁹ décrit des lits intelligents mesurant les paramètres de patients en temps réels de façon autonome et dont les fonctions s'étendront jusqu'à devenir des tables d'opérations individuelles mobiles. Des écrans connectés permettront aux soignés de régler l'éclairage, la température de la chambre, de fermer les stores, d'organiser leurs sorties depuis leur lit et de s'informer sur leurs examens sans solliciter les soignants. Des robots polyglottes accueilleront les personnes et distribueront les repas. Autant de services qui, selon le journaliste Olivier Rogeau, permettront aux soignants de récupérer du temps et d'augmenter la qualité de la prise en charge des patients.

Néanmoins, bien que nous soyons d'un tempérament habituellement « *idéaliste* », nous demeurons perplexes sur la concrétisation d'un projet d'une telle envergure financière. Bien qu'il soit techniquement réalisable¹⁹⁰, la publication du rapport de l'étude¹⁹¹ menée par le KEC¹⁹² nous encourage à penser le projet d'hôpital du futur inapplicable sur l'ensemble du parc hospitalier belge.

En effet, les hôpitaux sont actuellement exposés à un sous financement voire à l'endettement. Le KEC confirme que le système de financement actuel des structures de soins les a amenées à gonfler le nombre d'interventions, d'actes techniques et d'examens afin d'augmenter leur rentabilité et de survivre économiquement. De ce fait, la qualité des soins reste peu valorisée et répondrait de moins en moins aux besoins de patients âgés, chroniques, nombreux et nécessitant des prises en charge intégrées. Le KEC prévoit finalement une réforme considérable de l'organisation et du financement des soins de santé. Une réforme dans laquelle nous souhaitons que le cadre en soins de santé s'y exprime en pratiquant une coordination et un management optimaux des temps des soins. Une réforme dans laquelle le cadre en soins de santé aura le loisir de valoriser le travail des soignants, de lui donner un sens et de contribuer à une image institutionnelle qualitative.

¹⁸⁹ <http://www.levif.be/actualite/sante/ce-que-vous-reserve-l-hopital-du-futur/article-normal-419051.html> (page consultée le 17 septembre 2015)

¹⁹⁰ Un hôpital belge bénéficie dès à présent de chambres innovantes.

¹⁹¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf (page consultée le 10 novembre 2015)

¹⁹² Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Et peut-être, une réforme qui offrira la possibilité de diminuer la sensation des soignants de manquer de temps ?

Faute de pouvoir l'affirmer, nous souhaitons toutefois persévérer à relever le passionnant défi de gérer le temps des soignants. Nous invitons à présent le lecteur à méditer sur deux dernières pensées :

« ...*On a toujours assez de temps quand on en fait un bon usage...* »¹⁹³

Goethe.

« ...*Nous devons utiliser le temps comme outil et non comme repose-pied...* »¹⁹⁴

JFK

¹⁹³ <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-sandra-gelebart.pdf> (page consultée le 7 juin 2015)

¹⁹⁴ <http://www.cadre-dirigeant-magazine.com/citations/jfk-citations/> (page consultée le 16 mars 2013)

Bibliographie.

Livres.

- Blackburn C. et Tétreault S., *Managers, gérez vos ressources humaines, votre temps et vos priorités*. Le Mans, Gereso Editions, 2013. 199 pages.
- Collière M-F., *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris, InterEditions, 1996. 440 pages.
- Gineste Y. et Pellissier J., *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris, Editions Armand Colin, 2014. 319 pages.
- Hubinon M., *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité.* , Bruxelles, De Boeck, 1998. 395 pages.
- Jarrosson B., *Briser la dictature du temps. Comprendre ce qu'est le temps pour mieux le vivre*. Paris, Editions MAXIMA, 2004. 236 pages.
- Le petit Larousse illustré, Edition 2012.
- Mintzberg H., *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre.* , Paris, Eyrolles, 2006. 283 pages.
- Pronovost G., *Sociologie du temps*. Paris, Bruxelles, Editions DeBoeck Université, 1996. 183 pages.
- Wroms F., *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris, Editions puf, 2010, 270 pages.

Revue.

Mucchielli A., « Management : De la difficulté d'être chef... », in Objectif Soins, n°25, août-septembre 1994, pp. 26-28.

Cours.

- Vantomme P., *Méthodologies de recherche : balise 13, la méthode historique*. , année 2013-2014, 7 pages.
- Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail.* , année scolaire 2013-2014, 108 pages.

Documents consultés sur internet.

- http://www.pearson.fr/resources/titles/27440100006100/extras/7485_chap01.pdf (page consultée le 23 décembre 2012)
- http://www.leanbusiness.fr/images/lean_sante.pdf (page consultée le 12 janvier 2013)
- <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00480996/document> (page consultée le 14 janvier 2013)
- <http://www.cadre-dirigeant-magazine.com/citations/jfk-citations/> (page consultée le 16 mars 2013)
- https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/R._Gueibe.doc (page consultée le 16 août 2013)
- <http://motspluriels.arts.uwa.edu.au/MP197dp.html> (page consultée le 4 octobre 2013.)
- http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAAahUKEwj5-vW19tbIAhXH6RQKHRhQA_I&url=http%3A%2F%2Ftheses.univ-lyon2.fr%2Fdocuments%2Fgetpart.php%3Fid%3D505%26action%3Dpdf&usq=AFQjCNHOt8qbEmc92358pWtTtoDdq0BP_w&bvm=bv.105814755.d.d24 (page consultée le 15 octobre 2013)
- http://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/academie_edition/fichiers_conf/Pouget1990.pdf (page consultée le 17 octobre 2013)
- http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/chris_07532776_1998_num_57_1_2021 (page consultée le 17 octobre 2013)
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Socio-histoire> (page consultée le 1 juillet 2015)
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36960/1/WHO_TRS_122_fre.pdf (page consultée le 4 janvier 2014)

- https://books.google.be/books?id=ZpPsAwAAQBAJ&pg=PA2&lpg=PA2&dq=un+acteur+%C3%A9conomique+produisant+des+biens+et+des+services+pour+d%E2%80%99autres+acteurs+en+d%C3%A9gageant+des+b%C3%A9n%C3%A9fices&source=bl&ots=Fsc1dluBKq&sig=ZIA4SLe8YT7YvDIhht4qZcQm0bY&hl=fr&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIsICGn_XWyAIVirMUCh1fLghV#v=onepage&q=un%20acteur%20%C3%A9conomique%20produisant%20des%20biens%20et%20des%20services%20pour%20d%E2%80%99autres%20acteurs%20en%20d%C3%A9gageant%20des%20b%C3%A9n%C3%A9fices&f=false (page consultée le 4 janvier 2014)
- <http://managementphilosophy.over-blog.com/article-6266049.html> (page consultée le 4 janvier 2014)
- <http://www.escpau.fr/documents/aderse/Quelle%20responsabilit%C3%A9%20sociale%20du%20manager%20vis%C3%A0vis%20des%20personnes%20Les%20risques%20de%20la%20psychologisation%20du%20managem.pdf> (page consultée le 6 janvier 2014)
- <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin/> (page consultée le 7 janvier 2014.)
- <http://www.artefake.com/SAINT-AUGUSTIN-Qu-est-ce-donc-que.html> (page consultée le 17 février 2014)
- <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Rapport%20version%20finale.pdf> (page consultée le 2 mars 2014)
- http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/what_sailingournurses-f.pdf (page consultée le 20 mars 2014)
- <http://www.hosp.ucl.ac.be/recherche/NEXTBelgium-OrganizationalFactors.pdf> (page consultée le 23 mars 2014)
- <http://papidoc.chic-cm.fr/36pmsiprn.html> (page consultée le 24 mai 2014)
- http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/what_sailingournurses-f.pdf. (page consultée le 11 juin 2014)
- <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dq1/@legalmanagement/documents/ie2form/19061950.pdf> (page consultée le 26 juin 2014)
- <http://interventionseconomiques.revues.org/1401> (page consultée le 14 septembre 2014)

- http://www.med.univmontp1.fr/enseignement/masters_LMD/M1/Physiologie_integree_et_homeostasie/M1_physio_integree_homeostasie_RYTHMES.pdf (page consultée le 14 septembre 2014)
- <http://www.novethic.fr/empreinte-sociale/risques-psychosociaux/isr-rse/les-risques-du-lean-management-137377.html> (page consultée le 30 septembre 2014)
- <http://medias.dunod.com/document/9782100578252/Feuilletage.pdf> (page consultée le 16 novembre 2014)
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_GR3_Artisanat_et_entreprise_Pinel.pdf (page consultée le 20 novembre 2014)
- <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/35/5.pdf> (page consultée le 4 décembre 2014)
- http://www.piman.ch/data/files/leadership/managementvaleurs_octobre09.pdf (page consultée le 10 décembre 2014)
- <http://europe-infos.eu/europeinfos/fr/archives/numero158/article/5547.html> (page consultée le 14 décembre 2014)
- http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/regles_methode/durkheim_regles_methode.pdf (page consultée le 12 janvier 2015)
- <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm> (page consultée le 16 février 2015)
- <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la.html> (page consultée le 21 mars 2015)
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Ph%C3%A9nom%C3%A8ne> (page consultée le 25 mars 2015)
- http://www.persee.fr/doc/chris_0753-2776_2003_num_79_1_2462 (page consultée le 16 avril 2015)
- http://erecruiting.selor.be/Data/Selection/2013/AFG13086_Loi%20sur%20le%20travail_16031971.pdf (page consultée le 6 juin 2015)
- <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 6 juin 2015)
- <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-sandra-gelebart.pdf> (page consultée le 7 juin 2015)
- <http://www.levif.be/actualite/sante/ce-que-vous-reserve-l-hopital-du-futur/article-normal-419051.html> (page consultée le 17 septembre 2015)

- <http://mythologica.fr/grec/chronos.html> (page consultée le 12 octobre 2015)
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Kairos> (page consultée le 12 octobre 2015)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Aion_\(deity\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Aion_(deity)) (page consultée le 12 octobre 2015)
- <http://www.clg-pagnol-bonnières.ac-versailles.fr/SPIP/professeurs/spip.php?article55> (page consultée le 12 octobre 2015)
- https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf (page consultée le 10 novembre 2015)

ANNEXES.

Annexe 1 : Personnalités évoquées dans le travail.

Aristote : philosophe pour qui le temps n'existe pas car le temps est composé du passé qui n'est plus et du futur, qui n'est pas encore. Le présent est évanescent et disparaît sans cesse. Le temps n'est pas un mouvement mais il est sous-jacent à la perception du mouvement, au changement et à la représentation abstraite de la succession des instants. Le temps n'est ainsi qu'une dimension symbolique, un nombre formulé par l'être humain. Il ne peut donc exister que si l'âme existe.

Bergson H : philosophe pour qui le temps s'enracine dans l'expérience vécue du temps, c'est-à-dire de la durée. Selon lui, la durée est un flux continu, un devenir irréversible, spontané, non répétitif, imprévisible, créatif et un élan vital. Ce qu'il décrit ainsi est une donnée immédiate de la conscience, une présence du temps à la conscience.

Bourneville DM : médecin français, neurologue et aliéniste né en 1840, il participe activement à la laïcisation des hôpitaux français. Il est à l'origine d'importantes réformes, notamment en hygiène hospitalière, dans la formation d'infirmières non religieuses et dans la scolarisation d'enfants handicapés.

Chaptal L : française laïque, elle s'intéresse à tous les aspects de la vie de la naissance à la mort. Elle est connue pour sa participation dans la lutte contre la tuberculose, pour la création d'une école de formation en soins infirmiers dès 1905 et pour ses travaux qui ont abouti à la création d'un diplôme des études d'infirmières.

D'Ortous de Mairan JJ : français, mathématicien, astronome et géophysicien. Il publia de nombreux travaux dont certains d'histoire naturelle.

Ford H : il est le père du Fordisme. Créé en 1903, le fordisme est un modèle d'organisation qui s'inspire du taylorisme en y ajoutant de nouveaux principes. Ces derniers sont, entre autres, la division du travail, le travail à la chaîne et la standardisation des processus. En augmentant le salaire des ouvriers, Ford espère les rendre plus productifs, fidéliser la main d'œuvre et augmenter leur consommation de biens.

Gantt H : ingénieur et disciple de Taylor. Il reprend certaines de ses idées et les développe. Il ajoute que les contremaîtres doivent bénéficier d'avantages s'ils parviennent à motiver leurs équipes. Le diagramme de Gantt, outil de planification et de contrôle du travail est issu de sa théorie.

Gilbreth F : en 1912, Frank Gilbreth et son épouse imaginent l'utilisation de films animés pour étudier les mouvements des ouvriers et identifier les gestes inutiles. Selon eux, la performance est à rechercher dans la suppression de ces gestes inutiles et l'utilisation d'outils adaptés.

Harrison J : il est un artisan ébéniste et horloger autodidacte britannique du XVIII^e siècle. Il est l'inventeur du chronomètre de marine. Son invention a permis d'améliorer la précision des approches et de diminuer le risque d'échouage. Il marqua l'histoire de l'horlogerie par l'invention de nombreux dispositifs.

Huygens C : néerlandais, mathématicien, astronome et physicien, il est à l'origine de nombreuses découvertes et inventions. C'est lui qui découvrit les planètes Titan, Saturne et la lune. Il participa au développement du calcul moderne en découvrant l'isochronisme de la cycloïde, la théorie ondulatoire de la lumière et le calcul de la force centrifuge. Il mit au point les premières horloges précises et contribua à l'invention de l'automobile grâce à ses travaux sur le moteur à combustion interne.

Kant E : philosophe pour qui le temps est une forme pure de l'intuition sensible. Pour lui, le temps n'existe pas réellement. Il est une forme de la sensibilité, que nous prenons à tort comme un rapport réel entre les choses elles-mêmes. Le temps est simplement une condition de notre esprit pour avoir une expérience des choses.

Lecomte du Noüy P : mathématicien, biophysicien et philosophe français né en 1887 ; décédé en 1947.

Saint Vincent de Paul : prêtre français du XVII^{ème} siècle. Il fonde les « *Dames de la Charité* » pour venir en aide aux pauvres et d'autres institutions religieuses accueillant des malades, orphelins et nécessiteux.

Annexe 2 : Représentations des divinités évoquées dans ce travail.

Chronos.



Source : <http://mythologica.fr/grec/chronos.html>

Kronos.



Source : <http://mythologica.fr/grec/cronos.html>

Kairos.



Source : <https://en.wikipedia.org/wiki/Kairos>

Aiôn.



Source : [https://en.wikipedia.org/wiki/Aion_\(deity\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Aion_(deity))

Les Heures.



Source : <http://www.clg-pagnol-bonnières.ac-versailles.fr/SPIP/professeurs/spip.php?article55>

Annexe 3 : Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef.

13 JUILLET 2006. – Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef¹⁹⁵ (M.B. du 28/08/2006, p. 42546)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9 *quinquies*, inséré par la loi du 29 décembre 1990, renuméroté par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et renuméroté par la loi du 25 janvier 1999, l'article 17 *bis*, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 14 janvier 2002, et l'article 17 *sexies*, inséré par la loi du 29 décembre 1990;

Vu l'avis du 30 août 2005 du Conseil national des accoucheuses;

Vu l'avis du 20 décembre 2005 du Conseil national de l'art infirmier;

Vu l'avis du 12 janvier 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 2 mai 2006;

Vu l'avis 40.533/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2006 en application de l'article 84, §1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre premier

Dispositions générales

Article 1er. Les dispositions du présent arrêté sont également applicables aux accoucheuses en chef.

Art. 2. §1er. L'infirmier en chef visé à l'article 17 *bis*, alinéa 2, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier.

¹⁹⁵ <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 6 juin 2015)

§2. L'infirmier en chef collabore au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique au sein de son équipe.

§3. L'infirmier en chef peut être responsable pour le contrôle et l'évaluation de son équipe.

§4. Dans le cadre de la structure du département infirmier, l'infirmier en chef peut confier à un infirmier une ou plusieurs tâches ou missions qui lui ont été assignées.

Art. 3. L'infirmier en chef dépend hiérarchiquement directement d'un infirmier-chef de service ou du chef du département infirmier, conformément à l'organigramme du département infirmier.

Art. 4. Pour favoriser l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital dans le cadre des soins aux patients, l'infirmier en chef accomplit sa mission en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

Chapitre II

Activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital

Art. 5. §1er. L'infirmier en chef veille à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et attentes de la société.

§2. Il a en particulier la responsabilité:

1° de développer, d'opérationnaliser et d'assurer le suivi de la politique infirmière au sein de son équipe en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital;

2° de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement;

3° d'élaborer et d'adapter des procédures et méthodes de travail;

4° des enregistrements imposés par la loi en ce qui concerne l'art infirmier.

5° de suivre et de veiller à ce que soit appliquée la législation pertinente et d'en informer les membres de son équipe.

Chapitre III

Activités particulières en ce qui concerne les soins

Art. 6. §1er. L'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe.

§2. Il est responsable:

1° de la fixation des objectifs de son équipe en concertation avec son supérieur hiérarchique et en tenant compte de la politique infirmière globale au sein de l'hôpital;

2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique;

3° de l'adaptation de l'organisation des soins infirmiers au sein de son équipe suivant les besoins des patients et les soins requis;

4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe.

Chapitre IV

Activités particulières en ce qui concerne la politique en matière de personnel

Art. 7. §1er. L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

§2. Il est chargé en particulier:

1° de la gestion du cadre du personnel ainsi que de l'utilisation adéquate du personnel par la répartition du travail, la planification horaire et l'organisation des congés;

2° de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective;

3° de l'accompagnement de nouveaux membres de son équipe;

4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe.

Chapitre V

Activités particulières en ce qui concerne la gestion des moyens

Art. 8. §1er. L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients.

§2. Il a en particulier la responsabilité:

1° de la gestion et de l'affectation du budget de l'unité;

2° de l'utilisation efficace et efficiente par son équipe des biens et des locaux mis à leur disposition.

§3. L'infirmier en chef donne son avis sur l'acquisition de nouvelles ressources et la construction et la rénovation de l'hôpital, dans la mesure où il y a des répercussions pour les soins infirmiers.

Chapitre VI

Activités particulières en ce qui concerne la formation et le développement

Art. 9. §1er. L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

§2. Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes:

- 1° inventorier les besoins en matière de formation des membres de son équipe;
- 2° inciter les membres de son équipe à suivre une formation;
- 3° superviser et coordonner la formation des membres de son équipe;
- 4° soutenir l'évolution de la carrière des membres de son équipe;
- 5° participer personnellement à la formation permanente.

Art. 10. L'infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers et accoucheurs dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier.

Chapitre VII

Activités particulières en ce qui concerne la communication et la concertation

Art. 11. §1er. L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe.

§2. L'infirmier en chef est plus particulièrement chargé des missions suivantes:

- 1° entretenir les contacts avec les patients, leur famille et les autres visiteurs;
- 2° se concerter avec les membres de son équipe;
- 3° se concerter avec les médecins et les paramédicaux au sein de l'hôpital;
- 4° se concerter avec d'autres professionnels de la santé;
- 5° se concerter avec les maîtres de formation clinique.

Art. 12. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

Abstract.

Il était une fois... le temps.

Il était une fois... les soignants.

Il est venu le manque de temps des soignants.

Le temps est un sujet complexe, pour certains essentiellement philosophique et pour d'autres, exposé au risque de l'abstraction.

Pourtant, le temps occupe notre quotidien et au travail, il est source d'agencements et de négociations. Tout à la fois perception et mesure de nos instants de vie, le temps emprunte actuellement une valeur sociale voire économique bien au-delà de toute dimension individuelle.

Cet aspect financier du temps domine jusqu'à investir les pratiques de gestion dans les institutions de soins.

L'auteur, candidat à l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé, entame alors une réflexion sur les sens du temps et du manque de temps des soignants.

A l'issue d'une étude sociohistorique, l'auteur tente d'amener des réponses à la problématique : « pourquoi les soignants disent-ils manquer de temps pour effectuer leur travail alors que le temps attribué aux soins semble suffisant ? Comment le cadre en soins de santé doit-il interpréter ces propos et quelle réponse managériale y donner pour pratiquer une gestion optimale du temps de travail des soignants ? »