

UNIVERSITE DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR
Ecole doctorale de Sciences Sociales et Humanités (ED 481)
Centre de recherche et d'études en gestion (CREG)

**LA DYNAMIQUE «ETHIQUE DU CARE»,
NOUVEL ENJEU POUR LA GOUVERNANCE :**
Contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital

THESE
pour l'obtention du titre de
DOCTEUR EN SCIENCES DE GESTION
Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 2014,
par
Marie-Claude MIREMONT

JURY :

- Directeur de thèse :** **Monsieur Marc VALAX,**
Maître de conférences, Habilité à diriger des recherches,
IAE de Lyon, Centre de recherche Magellan
- Rapporteurs :** **Monsieur Emmanuel ABORD DE CHATILLON**
Professeur des Universités, IAE de Grenoble,
Chaire Management et santé
- Madame Delphine VAN HOOREBEKE**
Maître de conférences, habilitée à diriger des recherches,
IAE de Toulon
- Suffragants :** **Monsieur Jacques JAUSSAUD**
Professeur des Universités, Directeur du CREG, Université de Pau
et des Pays de l'Adour
- Monsieur Christophe GAUTIER**
Directeur du Centre Hospitalier de Pau, Professeur associé à
l'Université de Pau et des Pays de l'Adour

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces écrits doivent être considérés comme propres à leur auteur. »

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à Madeleine Farhat, mon ancienne directrice, qui a encouragé ce projet de thèse et à ces chercheurs, comme Pierre Louart qui, sans le savoir, lors de communications, ont suscité en moi cette curiosité qui s'est transformée en réel intérêt pour « *the care* » dans le management.

Je tiens à remercier les directeurs qui ont accepté que je vienne dans leur établissement, ainsi que les professionnels qui ont répondu à mes questions, parfois difficiles, pour eux, car elles touchaient ce lien ténu entre valeurs personnelles et pratiques managériales, réveillant aussi parfois un niveau émotionnel lourd.

Je remercie André, Nelly, Françoise pour leur relecture attentive de ces écrits et leur soutien.

Enfin, je remercie chaleureusement Marc Valax pour son accompagnement empreint de patience, pour la richesse qu'il a apporté à chacun de nos échanges et, surtout, pour cette formidable énergie qui l'anime et qu'il sait si bien insuffler dans chaque rencontre.

Merci à ma famille, à mes fils pour leur soutien; à Thibaud qui a su intuitivement être dans le prendre soin avec patience et discrétion dans cette période de ma vie où plus rien ne trouvait sens pour moi.

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	5
PARTIE 1 : LE CONTEXTE D'ACTION DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC	12
<i>Chapitre 1 : Un hôpital en crise et/ou en mutation</i>	16
<i>Chapitre 2 : Approche théorique, conceptuelle</i>	39
<i>Chapitre 3 : Protocole de recherche</i>	94
<i>Chapitre 4 : L'évolution de l'hôpital dans le système de santé français et son état de sante</i>	101
PARTIE 2 : LES REPRESENTATIONS PAR LES ACTEURS CONCERNES D'UN MANAGEMENT ETHIQUE POUR L'HOPITAL	128
<i>Chapitre 5 : Le management à l'hôpital à travers une revue de presse de « hospimedia »</i>	131
<i>Chapitre 6 : Les déclinaisons du management hospitalier et les constructions du «care» par les acteurs du terrain interrogés</i>	154
<i>Chapitre 7 : La place du «care», dans les transformations du pilotage à l'hôpital et les pistes de recherches</i>	196
<i>Chapitre 8 : Recommandations et modelisation du système de pilotage par le care</i>	235
<i>Chapitre 9 : Vers une modélisation de l'éthique du care à l'hôpital</i>	244
<i>CONCLUSION GENERALE</i>	254
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	261
<i>Index des schémas et tableaux</i>	276
<i>Index des sigles utilisés</i>	277

INTRODUCTION GENERALE

Démissions de médecins¹, colères et révoltes², suicides³ attestent du malaise actuel qui règne dans le secteur hospitalier.

A l'origine lieu d'accueil pour les indigents, au cours de siècles, la mission de l'hôpital a évolué d'hôtelière vers le sanitaire. D'un système bureaucratique lourd, rigide donnant néanmoins un sentiment de sécurité aux professionnels qui y travaillaient, il se voit instaurer des méthodes de production industrielle, venues du privé, dans le cadre de ce qu'on appelle le Nouveau Management public. La « santé n'a pas de prix », est un vieux luxe des trente glorieuses qui n'est plus d'actualité. La santé a un prix, un coût, qui doit rester supportable pour la communauté, dans un système de santé solidaire. Les réformes qui se succèdent, depuis une décennie à vitesse accélérée, imposent réorganisation et prégnance de la logique économique dans un hôpital sommé d'évoluer.

Ces mutations créent des peurs, des résistances, ainsi que des insatisfactions et de la souffrance au travail.

Des études récentes portant sur les impacts du Nouveau Management Public en pointent les limites, voire des effets délétères⁴. Parmi ces effets on retrouve une montée en puissance d'insatisfactions, de la souffrance au travail pouvant conduire à l'épuisement professionnel (burnout) et engendrant, en conséquence, un taux d'absentéisme inquiétant.

¹ « La crise persistante du système de santé français connaît un nouvel épisode avec la fracassante démission du professeur François Nicoli de l'Hôpital de la Timone, à Marseille. Dans sa lettre, le neurologue regrette que 'l'insuffisance flagrante et persistante des moyens médicaux et humains' alloués au service ne lui permette plus 'de répondre aux exigences de la qualité des soins'. Comme en témoignent aussi les grèves récurrentes des infirmières, l'hôpital va mal. » (Le Monde diplomatique, 24 juin 2011)

² "Madame la ministre, vous ne nous entendez pas !", clament par lettre ouverte le 21 février l'AMUF et SAMU-Urgences de France. Un cri d'alarme alors que les services d'urgences se noient ces derniers mois dans une crise "sans précédent", qui va jusqu'à pousser plusieurs chefs de renom à claquer la porte... Les services d'urgences implosent dans tous les coins de l'Hexagone mais, plus que de la fatigue ou du dépit, c'est surtout du renoncement par perte de repères qui ressort de la colère de ces chefferies en révolte. »

³ « Le médecin du service de pneumologie de l'hôpital de Nevers (Nièvre) s'est donné la mort la semaine dernière dans la nuit du mardi 16 au mercredi 17 avril (2013) (...) Le pneumologue, qui n'était pas de garde cette nuit-là, est revenu sur son lieu de travail pour mettre fin à ses jours. S'il n'a pas laissé de message pour justifier son geste, il aurait toutefois pris soin vers 4 heures du matin de fermer son bureau, revêtir sa blouse et prendre son stéthoscope avant de se trancher la gorge et "mourir en médecin". Cette mise en scène dramatique semble symbolique mais il est encore trop tôt pour en tirer des conséquences »

« Un agent de sécurité du centre hospitalier de Béziers a tenté de mettre fin à ses jours, mardi en s'ouvrant les veines » (juin 2012)

⁴ Abord de Chatillon & C. Desmarais, 2012, Le nouveau Management public crée-t-il les conditions de nouvelles souffrances au travail ?, Management International, 17 p. (la communication au congrès de l'AGRH)

Si le processus des soins doit devenir plus performant, plus efficace et efficient, le questionnement éthique managérial reste indispensable. Garant du sens donné aux choix stratégiques faits, il a aussi, à se décliner dans la pratique et dans une posture quotidienne. En effet, service public, lieu d'accueil de personnes en situation de vulnérabilité, de fragilité, de souffrance physique et/ou psychique, lieu de naissance et lieu de mort, l'hôpital est et restera une institution très particulière et un lieu où on ne saurait faire fi de valeurs humanistes fortes.

« Les missions traditionnelles dévolues à l'hospitalité caritative doivent désormais se penser en termes d'urgence de la sollicitude publique, en des résolutions qui ne faiblissent pas lorsque des modèles imposés à marche forcée risquent de pervertir l'esprit même d'un engagement inconditionnel et de détourner l'hôpital public de ses responsabilités premières. » (Hirsh, 2011) ⁵

Or, justement dans la turbulence de recommandations et d'injonctions, il court le risque d'oublier sa mission première de service public, d'accueil et de prise en charge d'êtres humains rendus vulnérables par la maladie, l'anxiété et la mort.

Quelle place l'hôpital veut-il encore accorder à l'humanité, humanité au cœur des soins, humanité au sein des relations interprofessionnelles et managériales ?

Pour que les soignants (médicaux et paramédicaux) soient en capacité d'assurer des soins de qualité, dans le cadre des normes instituées, en conservant la relation empathique, dans un souci de l'autre et un prendre soin global, ils ont besoin de ressentir que c'est bien cette approche humaniste qui est attendue d'eux.

La centration sur l'instauration des méthodes du Nouveau Management Public (NMP), ne doit pas faire perdre de vue que manager c'est aussi prendre soin des hommes et des femmes qui y travaillent. Afin, qu'à leur tour, ils soient en capacité de donner le meilleur d'eux-mêmes dans des activités qui les confrontent à la maladie, à la souffrance et à la déchéance physique et/ou psychique.

Comment aujourd'hui adapter les méthodes du NMP à la spécificité de la mission hospitalière ? Comment permettre à ces hommes et ces femmes qui ont fait le choix

⁵ Hirsh,E. « Hospitalité : une éthique du soin » conférence à Fondapol, fondation pour l'innovation politique, Paris.

d'intégrer la fonction publique hospitalière, de conserver le sentiment que ce choix fait sens, car il correspond à leurs valeurs profondes ?

A travers cette étude empirique longitudinale et une revue de littérature, nous chercherons à mieux comprendre la situation de crise que traverse aujourd'hui l'hôpital. Nous cheminerons, avec comme proposition de recherche, que l'éthique managériale et plus spécifiquement l'éthique du « *care* », à savoir une sollicitude, un « prendre soin », institués comme principes de management, peut créer valeur et sens pour atténuer les effets pathogènes du NMP. L'éthique du « *care* » apporte de la congruence entre la bienveillance attendues par le patient et la reconnaissance recherchée par les professionnels.

Cette question d'une éthique du « *care* », à la fois présente dans le soin et dans le management hospitalier, m'apparaît très importante. En tant que praticienne, depuis trente-cinq ans, mes activités professionnelles se situent au sein de ce système de santé français. Laborantine j'ai travaillé en laboratoire privé, puis hospitalier. Infirmière j'ai œuvré dans une institution privée puis en libéral. Enfin formatrice-consultante, depuis vingt ans j'interviens dans le secteur hospitalier, auprès de professionnels paramédicaux, et plus récemment, essentiellement auprès des équipes de cadres, ainsi qu'auprès des membres de direction ou du corps médical.

D'un métier technique, j'ai évolué vers une fonction managériale qui place la communication et le relationnel en position forte dans les compétences attendues. D'une vision restreinte, limitée à des activités d'analyses biologiques puis de soins à une personne, je me suis peu à peu ouverte à une vision plus large de champ professionnel. Aujourd'hui, je tente d'appréhender l'hôpital comme un système complexe, ces dernières années en pleine mutation, dont le pilotage et le management sont fortement questionnés.

Notre question de recherche et notre problématique

« Un projet de recherche constitue un système permettant de passer d'une intention générale à des éléments de réponse » (Koenig, 2002)⁶

⁶ Cité par Gavard-Perret M-L., D. Gotteland, C.Haon, A. Jolibert, dans *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education, 2009

L'objectif, de notre recherche, est de collaborer à la compréhension du système de pilotage hospitalier et de son évolution, afin d'identifier la place que l'éthique managériale prend, ou peut prendre, dans le management en général et dans la posture managériale en particulier.

Aujourd'hui l'hôpital, dans le contexte de turbulence qu'il vit, a besoin de gestionnaires compétents. Mais, il a besoin aussi des leaders, hommes ou femmes, perçus par les équipes de terrain, comme porteurs de sens et capables de les guider vers des objectifs précis et stimulants pour eux.

Or, les travaux qui ont étudié le leadership, montrent à la fois différents modèles, plus ou moins adaptés au contexte et/ou aux situations actuelles. Ainsi, partant du modèle « paternaliste » des entreprises familiales, aujourd'hui d'autres modèles « leadership intégrateur » (Blake et Mouton, 1969), « leadership transformatif et authentique » (Bennis et Nanus, 1985) semblent mieux correspondre au contexte entrepreneurial de notre époque et de notre société, où l'éthique devient incontournable (Ballet et De Bry, 2001)⁷

La notion d'éthique stratégique et l'émergence de la réflexion éthique dans les entreprises françaises, sont issues d'études récentes. Celles-ci portent essentiellement sur la formalisation de l'éthique d'entreprise et la typologie des documents éthiques (Mercier, 1997)⁸, ainsi que sur l'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle (Hirèche, 2008)⁹

Notre recherche vise à intégrer l'éthique managériale comme une dimension du leadership, et donc, d'une possible émergence d'un « leadership éthique ou moral » qui permettrait à l'hôpital de sortir de la dynamique délétère dans laquelle il semble verser et d'évoluer, dans une dynamique positive, porté par une spirale vertueuse.

Il nous semble, que dans un souci de cohérence certaines valeurs prégnantes et attendues dans les soins comme la bienveillance doivent être aussi affichées dans les conduites et attitudes managériales. Nous nous intéresserons plus particulièrement au « *Care* » -prendre soin et/ ou souci de l'autre- comme valeur soignante, mais une valeur pouvant s'étendre à d'autres sphères comme l'ont démontré certains chercheurs qui ont pu décrire une « éthique du care » (Gilligan, 1982, Tronto, 1993)

⁷ Ballet, J., De Bry, F. 2001, L'entreprise et l'éthique, Editions du Seuil, p. 273, Paris.

⁸ Mercier, S., 1997, « Une contribution à la politique de formalisation de l'éthique dans les grandes entreprises », Thèse de sciences de gestion, Université Paris-IX Dauphine.

⁹ Hirèche Baïda, L., 2008, La dynamique des jugements éthiques dans l'entreprise. Une étude ethnographique, sous la direction de Jean-François Chanla

Notre étude vise la définition d'un modèle de régulation des tensions entre économique et éthique. Comment à la fois viser l'efficacité, s'appuyer sur une démarche « normalisante » de la qualité et maintenir voire promouvoir la qualité de vie au travail par un prendre soin global et empathique des professionnels ?

Piloter l'hôpital nécessite certes le développement des compétences relatives aux cinq fonctions du management¹⁰ mais l'éthique du manager est tout aussi essentielle et participe pleinement à la performance tant recherchée.

Comment cette éthique managériale peut-elle se développer ?

Nous tenterons de décrire ce que peut-être un leadership « moral ou éthique », ce qui le caractérise et en quoi « *le care* » peut en être une valeur importante pour l'hôpital de l'après-crise.

Notre démarche de recherche et son plan de retranscription

Compte tenu de l'objet de notre recherche, et du faible nombre d'études empiriques menées sur le sujet nous ne nous inscrivons pas dans une approche déductive ou hypothético-déductive où nous irions mettre à l'épreuve des hypothèses dans la situation choisie.

Nous avons privilégié l'approche constructiviste, pour appréhender le modèle managérial adapté ou émergent à l'hôpital, la place qu'il accorde à l'éthique et plus particulièrement à l'éthique du « *care* ». Notre finalité est de tendre vers une modélisation de la dynamique « éthique du *care* » pour des pratiques de gouvernance à l'hôpital favorables aux innovations nécessaires à la sortie de crise qu'il semble traverser. Cette modélisation pourra mettre en exergue des questions nouvelles et/ou des hypothèses pour des projets de recherches ultérieurs.

Une démarche exploratoire, dans le cadre d'une étude longitudinale ayant pour finalité de décrire et clarifier la question retenue, va nous conduire, non de manière linéaire, comme la

¹⁰ Haute Autorité de santé, (2005), Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Janvier 2005: Ce guide propose une méthode d'évaluation déclinée selon cinq axes qui caractérisent le management : la fonction « prévoir », la fonction « organiser », la fonction « décider », la fonction « motiver », la fonction « évaluer »

présentation ci-après pourrait le laisser supposer, mais de manière itérative, avec de nombreux aller-retour pour des enrichissements successifs, selon cinq perspectives:

1. Décrire la situation contextuelle de l'hôpital d'aujourd'hui, afin de mieux appréhender les problématiques et défis qu'il a à relever sur le plan managérial.
2. Repérer l'intégration du NMP et ses impacts sur cette institution et les hommes et femmes qui y travaillent.
3. Approfondir les concepts de leadership, d'éthique managériale, et d'éthique du *care*, dans la perspective d'approcher un modèle de gouvernance éthique plus spécifiquement adapté à la culture hospitalière et à l'organisation voulue par les dernières réformes.
4. Réaliser une étude exploratoire selon trois entrées :
 - une étude de l'évolution de l'hôpital à travers les différents textes réglementaires, réformes, études ou rapports.
 - le suivi, sur deux années, de l'actualité hospitalière dans un média quotidien, spécialisé, Hospimédia, où nous tentons de repérer les idées et questionnements relatifs au management et à la question de l'éthique à l'hôpital.
 - une étude auprès de managers et professionnels de divers métiers, de deux hôpitaux d'environ 1000 lits, pour identifier les éléments clés de leur représentation du management, et la place de l'éthique et du « *care* » dans ces représentations. Cette étude qualitative exploratoire a été complétée par des entretiens confirmatoires.
5. Traiter l'ensemble de ces données pour définir un modèle de régulation des tensions entre économique et éthique et des recommandations pour une promotion d'un leadership éthique, qui atténue les effets potentiellement pathogènes du NMP, en intégrant la valeur « *care* ».

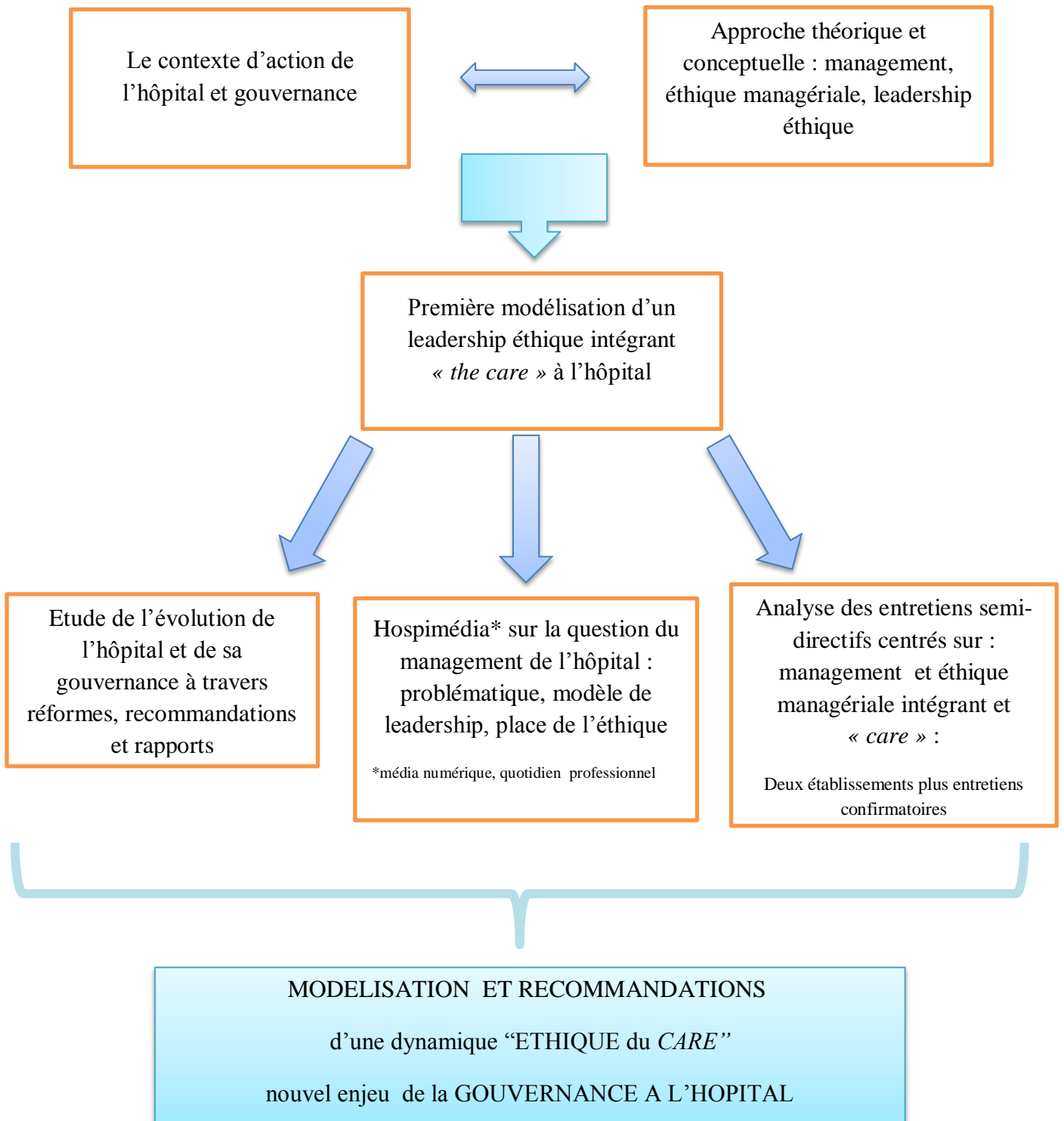
La retranscription de cette démarche est présentée sous deux parties.

Au sein d'une première partie nous rendons compte du contexte d'action du NMP, de la problématique de crise ou mutation actuelle et des défis à relever pour une résilience organisationnelle. En parallèle, nous explorons les concepts (ou notions) que sont le management et plus spécifiquement le Nouveau Management Public (NMP), l'éthique

managériale, et plus spécifiquement l'éthique du « *care* ». Ceci afin de confronter notre étude empirique à la thèse qu'une éthique managériale qui s'appuie sur le « *care* » pourrait remédier aux aspects contestés du Nouveau Management public.

La deuxième partie présente les représentations des acteurs concernés, d'un management éthique pour l'hôpital. Il nous a semblé important de prendre en considération que l'hôpital français est une « vieille » institution. Son évolution au cours des siècles et surtout ce qui a favorisé ou imposé cette évolution est certainement à prendre en considération dans sa gouvernance même aujourd'hui. Nous présentons ce qui est communiqué du management et de l'éthique à l'hôpital à travers les résultats du suivi des publications, sur deux années, d'un média spécifique de l'hôpital, HOSPIMEDIA. Puis nous abordons la place des valeurs humanistes et *du « care »* dans les représentations du management et ou du leadership. Des entretiens menés auprès des directions et de représentants de différents métiers de l'hôpital nous ont permis d'interroger la transférabilité du « *care* », valeur soignante, dans la posture managériale voire pour un leadership éthique. Ce qui nous permet de proposer quelques recommandations et une modélisation d'une l'éthique du « *care* » à l'hôpital

Démarche de recherche



Partie 1 : LE CONTEXTE
D'ACTION DU NOUVEAU
MANAGEMENT PUBLIC

INTRODUCTION PARTIE 1

« C'est là un des paradoxes hospitaliers : accueillir chaque patient dans ce qu'il a de plus humain et être en permanence à la pointe de la technique. Or la technique ne saurait effacer l'Homme. Se poser en permanence la question de l'autre dans la relation de soins est l'un des fondements de la démarche éthique » (Claude Evin, 2002).

Dans la première partie de ce travail, il s'agit pour nous d'interroger ce qui tend justement à être paradoxal, dans l'hôpital aujourd'hui.

Qu'en est-il de sa santé économique ? En quoi sa situation actuelle peut-elle être considérée comme inquiétante ? Qu'en est-il des hommes et des femmes qui y travaillent ?

Les réponses, que nous pouvons ébaucher à ces questions, doivent, nous aider à porter un regard, si possible objectif, sur son évolution récente et son état actuel. Ceci afin de cerner une problématique initiale qui orientera le choix des concepts à développer pour l'enrichir et préparer notre étude terrain.

Face à l'hypothèse d'un hôpital en crise ou en mutation, nous nous penchons sur le concept de résilience organisationnelle. Il nous semble particulièrement intéressant de repérer et différencier les issues possibles d'une crise et surtout d'une sortie de crise où des groupes et des organisations peuvent sortir grandis; grandis, au sens d'un renouveau identitaire et d'une dynamique restaurée qui soit le terreau de la créativité et d'innovations.

Ce premier temps, va donc consister à poser le contexte d'action de l'hôpital aujourd'hui et de sa gouvernance, afin d'orienter la poursuite de notre démarche de recherche. En effet, nous désirons que cette démarche de recherche qualitative, reste avant tout pragmatique et nous amène à travers des choix successifs, voire en fonction d'aléas, à avoir une rigueur dans la lecture des informations recueillies. Ceci, afin de produire des pistes d'actions, autant que possible, concrètes et réalistes.

Le deuxième temps va privilégier l'approche théorique et conceptuelle. Notre enjeu est d'identifier et d'approfondir les concepts qui puissent venir nourrir et éclairer le contexte d'action de l'hôpital, dans l'orientation que nous souhaitons questionner à savoir : quelle éthique managériale peut animer l'hôpital et de quelle manière cette éthique peut-elle accompagner l'hôpital, à traverser la situation critique actuelle, pour une nouvelle vie organisationnelle régénérée.

Nous tenterons de confronter deux grands champs conceptuels celui du management et celui de l'éthique. Deux champs qui peuvent être considérés comme appartenant à des disciplines différentes. Le premier se nourrit des recherches en sciences sociales telles que les sciences de gestion, la sociologie, la psychologie... alors que le second est issu de la philosophie. Mais là aussi, il y a une certaine cohérence avec notre volonté initiale d'une

approche systémique et constructiviste, avec en arrière-pensée toujours présente l'importance d'une vision qui tend vers la « reliance », plutôt que vers le séquençage ou la fragmentation.

Pour ce qui concerne la notion de management, notre enjeu majeur est de spécifier ce que recouvre la notion de Nouveau Management Public à l'hôpital, ses finalités, ses forces mais aussi ses limites. Le terme de gouvernance est à la fois un mot récent et devenu habituel dans les propos des dirigeants et managers hospitaliers. Nous étudierons différentes définitions, pour déterminer celle qui nous semble approcher le sens souhaité pour notre travail, à savoir une volontaire orientation vers la question de la posture managériale et non vers les dimensions juridico financières ou les méthodes et outils managériaux.

Toujours dans cette approche humaniste et comportementale du management, c'est la question du leadership qui va plus particulièrement nous intéresser. Nous avons ressenti un grand intérêt à travailler sur les différents modèles de leadership décrits par les chercheurs et pour l'évolution des caractéristiques du leadership, que les études font apparaître ses dernières années. Dans les modèles émergeant nous valorisons les formes de leadership qui cherchent à accorder autant de place aux objectifs et activités pour les atteindre, qu'aux hommes qui vont y contribuer. Ainsi, nous accorderons une attention particulière aux approches portant sur le leadership humaniste, car il porte sur les hommes au travail, un regard qui va au-delà de la ressource humaine pour l'organisation, pour les considérer comme une véritable richesse par leurs talents et leurs potentiels de créativité et d'innovation.

Ce modèle de leadership rejoint notre question de recherche d'une éthique managériale adaptée à l'hôpital. Une éthique managériale, qui puisse s'appuyer sur l'histoire, la culture et les valeurs d'un service public, au service d'une population qui est de fait en situation de fragilité. Cette approche d'une éthique managériale s'oriente sur deux pistes, l'éthique d'entreprise et l'éthique du « care ».

La notion d'éthique d'entreprise aborde les finalités repérées, mais aussi les limites auxquelles elle est confrontée, dans les démarches actuelles, d'élaboration de chartes, ou plus globalement dans le cadre d'une Responsabilité Sociétale des Entreprises (Anquetil, 2008).¹¹

La notion d'éthique du « care » est développée à partir du « care » et de ses liens avec le soin et l'activité soignante mais aussi en regard de son émergence actuelle vers d'autres champs plus politiques et voire managériaux.

« Il n'aura jamais été tant question dans le discours politique de care, de sollicitude, de compassion, de souci témoigné à l'autre, au moment justement où cette exigence éthique se

¹¹ Anquetil, A., (2008), *Qu'est-ce que l'éthique des affaires ?*, J.Vrin, Paris

révèle chaque jour davantage incompatible avec des décisions structurelles qui fragilisent un système de soin mis en cause dans son identité et ses missions sociales » (Hirsch, 2011)¹²

Notre intérêt pour le « *care* » rejoint, encore là, notre volonté de mettre en lien et de relier, valeur ou éthique des soins et valeurs et posture éthique managériale à l'hôpital.

¹² Hirsh,E. « Hospitalité : une éthique du soin » conférence à Fondapol, fondation pour l'innovation politique, Paris, p.18.

Chapitre 1 : UN HOPITAL EN CRISE ET/OU EN MUTATION

Introduction du chapitre 1

Les possibilités technologiques actuelles, sur la vie et la mort, obligent à poser la question de l'humanité dans les soins. La bioéthique, l'éthique appliquée aux soins et à la recherche, garde-fou face aux possibles de la science, viennent aider à faire des choix en regard d'une préservation de l'humanité. L'hôpital s'est ainsi doté de comités éthiques. Les comités d'éthique hospitaliers ont le plus souvent comme fonction, la formation (ou l'initiation à la réflexion éthique) des professionnels de la santé de l'institution hospitalière et l'aide à la décision et à l'élaboration des lignes d'orientation éthiques internes à l'institution. L'étendue des possibles en matière scientifique, technologique et technique nécessite de préciser, borner l'action humaine sur le corps humain. La bioéthique définit et pose ainsi de nouveaux repères.

A l'instar de ce qui se passe au niveau des soins, la question de l'humanité peut se poser, si le modèle managérial instauré vise exclusivement un niveau de performance économique. Vouloir introduire, à l'hôpital, une gestion analogue à celle d'une entreprise dont le but premier est de se maintenir et de développer des profits dans un marché fluctuant et concurrentiel, peut conduire aux pires dérives. Dérives telles que: fermer un service ou un établissement pointé comme non rentable au détriment des besoins d'une population régionale enclavée et /ou plus défavorisée.

Ces dérives peuvent aussi se retrouver au niveau du management de proximité. Les cadres de santé peuvent ressentir une pression forte pour une gestion des lits, en regard des seuls indicateurs économiques, sans considération suffisante des conséquences psychosociales pour le patient ou ses proches.

1. L'hôpital en situation économique critique

1.1. L'introduction de la T2A pour tenter de juguler l'augmentation régulière du coût de la santé.

Le système français hybride (financement public distribution publique et privée) a longtemps montré sa supériorité sur d'autres systèmes (anglais, américain...).

Cependant l'augmentation annuelle régulière du coût de la santé, jusqu'à atteindre 11% du produit intérieur brut (PIB) semble en montrer les limites. (cf. Tableau 1)

Tableau 1 : Evolution de la répartition des dépenses de l'assurance maladie¹³

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Soins de ville	5,6	3,7	7,8	7,2	8,0	6,2	4,3	3,1	2,6	4,5	2,8
Etablissements de santé	1,8	1,7	3,2	3,6	6,3	5,5	4,6	4,4	3,0	3,3	3,2
Médicosocial	6,4	2,5	5,7	6,3	7,9	9,0	9,3	7,8	6,4	6,7	6,5

La santé a un prix, un coût qui de plus en plus se doivent d'être justifiés. La mise en œuvre de la tarification (T2A)¹⁴ a cette finalité. La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005. Désormais les recettes issues des activités hospitalières déterminent les dépenses et non l'inverse.

¹³ Répartition des dépenses de l'assurance maladie en % du PIB (Source : commission des comptes de la Sécurité sociale, *in Carnet de Santé de la France 2009*, Dunod, (2009)

¹⁴ Ce mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé. La Tarification à l'activité constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La logique de moyens qui prévalait jusque-là cède la place à une logique de résultats

Au cours de la période 2004-2008 les dépenses d'assurance maladie ont décéléré mais sont restées supérieures aux recettes. Le plan de redressement des comptes, prévu pour la période 2009-2012, table sur le caractère durable des effets de la maîtrise « médicalisée » des dépenses, avec un retour à l'équilibre. (Kervasdoué, 2009)¹⁵

1.2. L'introduction du management de la performance à l'hôpital inquiète et fait réagir

Ce nouveau contexte de financement, en introduisant explicitement le lien entre ressources consommées et activité réalisée, introduit le management de la performance à l'hôpital (Nobre, 2012)¹⁶. Or la recherche de rentabilité inquiète et fait réagir les professionnels du terrain et tout particulièrement le corps médical. Les médecins y perçoivent des dérives contraires à leur éthique, une dégradation de la qualité des soins, voire un hôpital qui n'est plus en mesure d'assurer sa mission de service public.

« Il devient plus rentable d'amputer un patient que de le soigner pour prévenir une telle opération...un des signes de la dégradation de l'hôpital public. Comment sortir de cette dérive contraire à l'éthique pour les médecins, dangereuse pour les malades ? » (A.G.et Timsit, 2006)¹⁷ ; « les réformes du financement de la Sécurité Sociale et des hôpitaux publics mettent en péril l'accès aux soins pour les malades, le travail des professionnels concernés et la qualité de la médecine » (Papo et Vernant, 2008)¹⁸; « c'est l'hôpital qu'on assassine » (Debré, 2010)¹⁹.

Pour certains médecins, la T2A pervertit le sens de l'acte médical, niant la part de « l'art » du diagnostic pour ne valoriser que l'acte. Ainsi ce praticien hospitalier d'un centre hospitalier du nord de la France, nous relate lors d'un entretien: *« mon directeur vient me dire que je ne fais que 80 consultations par mois alors que certains font ce quota sur une semaine, sans*

¹⁵ Kervasdoué, J. «Economie et politique de santé 2006-2009 » *Carnet de Santé de la France 2009*, Dunod, 2009.

¹⁶ Nobre,T., (2012), Le franchissement des frontières de l'hôpital par le management : une double dynamique antagoniste, <http://www.etatsgenerauxdumanagement.fr:egm2012/ddoc-299-S16->

¹⁷ Le monde diplomatique, « *l'hôpital en crise* », vendredi 24 juin 2011

¹⁸ Op.cit., le monde diplomatique

¹⁹ Op.cit., le monde diplomatique

tenir compte que mes consultations je les fais auprès d'enfants... c'est désolant...Je ne reconnais plus le service public... »

Pour d'autres, les problèmes actuels que rencontre l'hôpital ne sont pas liés à un manque de moyens, mais à l'inégalité de leur répartition, à une organisation défectueuse et à son système de pilotage inadapté. *«Il n'y a pas de manque de moyens financiers. L'hôpital public français a beaucoup de moyens. La France est un des pays qui a les dépenses de santé par habitant les plus élevées. S'il n'y a pas un manque global de moyens, il y a très certainement une mauvaise répartition de ces moyens, qu'ils soient financiers ou humains, dans les établissements : certains en ont trop, d'autres pas assez. Et aussi, et cela est sûr, le système de soins n'est pas assez organisé. Il manque un pilotage du système ».* (Professeur Juvin, 2009)²⁰

La France a toujours beaucoup d'établissements hospitaliers, elle hospitalise plus que ses voisins, prescrit beaucoup, et utilise une proportion croissante de médecins spécialistes et d'aucuns considèrent que la solidarité actuelle ne se fait qu'au prix d'une rupture de solidarité à l'égard des générations futures. (Kersvadoué, 2009)²¹

La succession accélérée des réformes impose en même temps de montrer à voir la qualité des soins, des pratiques, des processus. Pour rétablir des budgets d'établissements déficitaires et optimiser les moyens et filières de soins, des groupements de coopération avec le privé, le médicosocial, sont imposés par les Agences Régionales de la Santé (ARS)²².

Manques de moyens pour assurer des soins de qualité, ou inadaptation de la répartition de ceux-ci, sentiment de dérives fortes par rapport aux missions de l'hôpital public, participent à créer un climat favorable aux pertes de repères et de sens chez les professionnels.

Ainsi cette cadre, lors d'une formation sur les risques psychosociaux, raconte. *«On nous presse constamment à faire sortir les patients non rentables. La semaine dernière il y avait dans le service un homme d'une quarantaine d'années avec une tumeur cérébrale à un stade d'évolution très avancé, les examens faits il n'y avait sur le plan médical plus d'actes*

²⁰ Propos recueillis par Anne-Sophie Glover-Bondeau

²¹ Op. Cit.

²² L'agence régionale de santé (ARS) est un établissement public administratif de l'État français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région. Créées le 1^{er} avril 2010, les agences régionales de santé sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, Ces établissements, créés en vertu de la loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), ont pour but d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.

prévus, sur le plan médical il était considéré sortant. Je suis donc allée trouver sa femme qui était auprès de lui et lui ai annoncé que son mari sortait l'après-midi. Elle a aussitôt mal réagi, disant je ne peux pas le reprendre à la maison dans cet état, comment je vais faire, ce n'est pas possible...et je me suis vue lui répondre : madame quand on se marie c'est pour le meilleur et pour le pire ».

Cette situation illustre nous semble-t-il les dérives possibles et inquiétantes d'un système gestionnaire à l'hôpital qui s'appuierait sur des tableaux de bord, ne comportant que des indicateurs financiers, comptables, voire même sur une qualité des soins qui n'évaluerait que des aspects purement médicotecniques. Or, il s'agit de toujours se rappeler et de rappeler qu' «Un hôpital, ce sont des hommes qui soignent des hommes dans leur globalité, pas des morceaux d'hommes... » (Romatet, 2013)²³

Comme au sein de toute entreprise, les ressources humaines sont l'élément fort des dépenses, et la tendance naturelle en situation de crise est de chercher à en contrôler et réduire le coût. L'hôpital n'échappe pas aujourd'hui à cette règle. Mais, alors que le recrutement de certains professionnels reste difficile, et pour certaines régions réellement problématique, on y constate, dans le même temps, une montée en puissance de l'épuisement professionnel et des risques psychosociaux.

2. Des ressources humaines rares et/ou en souffrance

2.1. La pénurie de certains corps professionnels

L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) en mars 2007 projetait un risque de perte d'attractivité de certains établissements, régions, activités, spécialités et un risque de pertes de compétences et d'engorgement de

²³ Interview Jean-Jacques Romatet, directeur général de l'AP-HM "Mon ambition n'est pas le retour à l'équilibre à tous prix", 07/02/13 - HOSPIMEDIA

certain services (services d'urgence, de gérontologie et de psychiatrie par exemple) du fait de la pénurie de personnels médicaux. Sur la p eriod 2003-2015, 41% des effectifs de la FPH sera parti à la retraite.

Pour les médecins, les cessations d'activité sont supérieures aux entrées en activité jusqu'en 2015, date à partir de laquelle le redressement du numerus de 2006 devrait se faire sentir. La féminisation de cette profession continue d'augmenter et devrait atteindre 45% en 2015.

Des secteurs apparaissent en sous effectifs médicaux, tout particulièrement dans des spécialités qui connaissent une moindre attractivité, ou qui sont confront es à une démographie plus vieillissante comme la médecine générale, la gérontologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique...

On retrouve aussi des difficultés locales à recruter et/ou fidéliser des infirmiers. Cette situation a différentes causes: une augmentation des abandons en cours d'étude, l'attractivité pour le secteur privé et un comportement, qualifié de « nomadisme, plutôt nouveau des professionnels, à ne pas se fixer sur un secteur donné, ou une région».

Ces situations amènent les établissements à recruter des professionnels étrangers, infirmières espagnoles et médecins d'Europe de l'est ou de pays africains (plus particulièrement des pays du Maghreb).²⁴

2.2. La montée en puissance d'une certaine insatisfaction des professionnels et des risques psychosociaux

L'utilisateur s'il n'est pas encore appelé client ne veut plus être « le patient ». Il est de plus en plus acteur informé, via internet en particulier. Il s'informe sur les pathologies, les

²⁴ Le Figaro.fr, 04/06/2013: Selon les derniers chiffres présentés mardi par le Cnom (Conseil national de l'ordre des médecins), les médecins à diplômes étrangers étaient au nombre de 17.835 en activité régulière, soit 9% du nombre total de praticiens en France. D'ici   2018, le Cnom prévoit une augmentation d'environ 34%. Contrairement à leurs homologues à diplôme français, ces médecins sont majoritairement salariés (63,5% contre 43,1%). Nombre d'hôpitaux font appel à eux pour pallier le manque de professionnels dans certaines spécialités, comme la radiologie ou l'anesthésie. Plus largement, les pays les plus représentés sont l'Algérie (22,2%), la Roumanie (17,7%) et la Belgique (8,9%). La Syrie, le Maroc, la Tunisie, l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne complètent la liste.

thérapeutiques et interroge sur les forums, la notoriété d'un service et/ou les compétences des professionnels, vers lesquels il est susceptible d'être adressé, par son médecin référent.

Or les personnels qui sont auprès de ce « patient expert » sont de plus en plus décentrés du soin. Ils ont le sentiment de passer plus de temps à des tâches administratives, qu'auprès des malades. La prise en charge holistique, mise en avant dans les années 70-90, qui promeut une prise en considération de la personne dans sa globalité, laisse de plus en plus la place à des actes techniques à réaliser suivant des protocoles et procédures précis, sensés garantir la qualité des soins dans un temps contraint. Or, la prescription du travail, le *travail prescrit*, ne coïncide jamais avec *le travail réel* et son application stricte empêcherait le fonctionnement des organisations (Faberge, Ombredane 1955)²⁵. Le travail réel est alors, cette part d'intelligence mise en complément de la prescription, pour arriver au résultat final du *travail réalisé*. *Le travail vécu* fait référence à la manière dont le sujet éprouve, interprète, donne sens au travail en cours en incluant les conditions de réalisation de ce travail. Il correspond à l'interprétation globale que s'en fait le sujet, au sens qu'il donne et apporte à ses actions. (Dujarier, 2012)²⁶

Ce vécu, va aujourd'hui, jusqu'au sentiment de ne plus faire le métier initialement choisi. Ainsi, on peut parler de sentiment de travail « empêché ». Des soignants, médicaux et paramédicaux, se plaignent de ne pas faire ce qui correspond à leur cœur de métier. Ils expriment que des tâches administratives de plus en plus nombreuses et lourdes les éloignent du malade. Ils ne passent pas autant de temps, qu'ils le souhaiteraient auprès du malade, pour être à son écoute et dans le soutien. Pourtant, cette dimension du métier (de la vocation) était au cœur de leur motivation de jeune professionnel. Ce sentiment de ne pas faire bien son métier, ou le métier « rêvé » crée de la souffrance au travail.

Manque d'autonomie, souffrance éthique, dégradation des relations interprofessionnelles sont fréquemment exprimés comme facteurs d'épuisement et de risques psychosociaux au travail. Les agents semblent aussi s'épuiser, ou en souffrance par manque de présence du cadre de proximité. Ainsi, il serait nécessaire de libérer les cadres de proximité, trop pris par les activités de reporting nécessaires pour nourrir la « machine à gestion » et par les diverses réunions, « biais du management participatif » (Detchessahar, 2013).²⁷ Il s'agirait alors de

²⁵ Dujarier, M.-A., (2012), *L'idéal au travail*, puf, p.54

²⁶ Op. Cit. p. 56-57

²⁷ Detchessahar, M., (2013) *Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion*, in *Négociations* (n° 19) De Boeck, Paris.

favoriser et organiser des « espaces de discussion » sur le travail, pour permettre aux personnels d'y retrouver ou d'y reconstruire du sens. Cette insatisfaction est retrouvée également dans les fonctions administratives ou logistiques.

Ce phénomène social accompagne désormais de manière systématique la question du stress et de la souffrance, dès qu'il est question du travail, du modèle de management et de ses pratiques : « *Nous poserons que le management semble en passe de devenir une pratique à risque, faisant potentiellement de l'entreprise un lieu de production de victimes* ». (Chaine, 2012)²⁸ L'hôpital, nous le voyons, n'échappe pas à la situation. Pourtant, lieu du soin par excellence, on pourrait imaginer qu'il détient en son sein des savoirs et savoir-faire pour maintenir la santé et prévenir un certain nombre de risques de maladie.

Ne s'aurait-il pas, où n'a-t-il pas suffisamment pris conscience que sa mission de prendre en soin est extensible aussi aux personnes qui y travaillent ?

3. Un management en crise et/ou en mutation

3.1. La complexité du management des ressources humaines à l'hôpital

L'hôpital est en train de vivre une vague de changement de profil et attentes des personnels qui y travaillent: multi-culturalité, pluri-professionnalité, attitudes nouvelles des professionnels vis-à-vis de leur travail et de sa place au sein de leur vie privée et des projets personnels et/ou familiaux...

Des nouveaux métiers voient le jour, à l'hôpital, comme l'atteste cette publicité que nous pouvons entendre sur nos ondes : « *A l'hôpital, 200 métiers pour les jeunes* ». Les jeunes professionnels déstabilisent les représentations habituelles quant à l'attractivité de l'hôpital. Hier les candidatures correspondaient fortement au choix de faire carrière sous le statut de la

²⁸ Chaine, L., (2012), Culture de la reconnaissance et culture du résultat : aux sources d'une rencontre traumatique entre sujet et management, in « Le management 'hors sujet' », *Nouvelle Revue de psychologie*, Erès, Toulouse, p.105-122

fonction publique hospitalière. Aujourd'hui les jeunes semblent plus à la recherche d'un métier où l'intérêt, la variété des activités supplantent la routine. Ainsi, cette ingénieure d'un service d'information hospitalier²⁹, souligne que pour maintenir l'intérêt au travail de ces jeunes professionnels elle n'hésite pas à les inscrire d'emblée sur deux projets différents, « *si non ils s'ennuient très vite ... et* » rajoute-elle, « *malgré cela une majorité part ailleurs faire d'autres expériences, je reste, toutefois en contact, via face book, et il arrive que certains, demande si un poste est disponible, soit pour revenir eux-mêmes, soit pour me transmettre le CV d'un de leurs camarades.* »

Déjà, l'hôpital était considéré comme une organisation particulière, regroupant trois mondes aux valeurs différentes avec : son corps médical, son corps soignant non médical, son corps administratif. Or, selon le modèle théorique des « économies de la grandeur » des organisations, pour comprendre les phases de la constitution du lien social dans les organisations, deux postulats sont énoncés. Le premier indique que les situations ne peuvent se comprendre et s'analyser qu'à partir de la représentation qu'en donnent, à travers leurs justifications, les personnes qui les vivent. La seconde assure que les personnes sont, tout autant que l'analyste, compétentes à évaluer la nature des situations dans lesquelles elles se déplacent et c'est de cette compétence que le chercheur doit partir. (Boltanski et Thévenot, 1997)³⁰

A partir des « 6 mondes purs », décrit par ces chercheurs, on peut formuler l'hypothèse que l'hôpital d'hier était fortement représenté par « le monde domestique » et « le monde civique ». Aujourd'hui on lui demande d'évoluer vers « le monde industriel » et voire vers « le monde marchand ». Cette mise en présence, de « mondes » différents donc de systèmes de références et de « *grandeurs* » également très différents voire opposés, contribue à développer, des incompréhensions mutuelles, des tensions internes et des conflits ou controverses. Pour résoudre ces conflits, la maîtrise des techniques de communication peut se révéler insuffisante, un décodage approfondi des logiques et la construction de dispositifs complexes s'avèrera souvent nécessaire.

²⁹ Journée des innovations managériales à l'hôpital, 26 octobre 2012, Paris

³⁰ Boltanski, L., Thévenot, L., (1997), *De la justification, Les économies de la grandeur*, MRF essais, Gallimard, Paris.

3.2. Sortir de la crise : vers un hôpital « mutant » ou « résilient »

3.2.1. Crise et résilience

« *Quand un système est incapable de traiter ses problèmes vitaux, il se dégrade, se désintègre ou alors il est capable de susciter un méta-système capable de traiter ses problèmes, il se métamorphose* » (Morin, 2011)

Peut-on alors vraiment parler de management en crise ³¹?

Dans la tragédie grecque, la crise est ce moment où brutalement, éclate tout le passé dont la signification et l'importance avaient pu échapper aux acteurs concernés. Dans l'acception chinoise elle signifie tout à la fois dangers et opportunités.

Si la crise est un paroxysme où tout semble en suspens avec une notion d'urgence, de déstabilisation, d'impuissance, de vulnérabilité et de péril vital immédiat, plus couramment elle est aussi synonyme de malaise, de déséquilibre avec un sentiment de transition. Toute organisation vit et a à vivre des périodes de crises, qu'elles soient reliées à des événements internes ou à des changements et évolutions de l'environnement, qu'elle n'avait pas ou pu anticiper et qui viennent l'impacter fortement. Ces crises peuvent être des temps de mutation : « *dans lesquelles s'expérimentent durement la souffrance au travail dont il est tant parlé aujourd'hui. Les crises vont voir surgir des comportements qui semblent irrationnels. Parce que, dans les crises, il n'y a pas d'objets pérennes et identifiables, parce que les sujets y vivent de la dangerosité dans les relations humaines et par les attaques qui y sont menées sur les identités professionnelles et personnelles* » (Simon, 2006) ³²

Dans la situation de crise ce qui semblait évident est remis en cause et la perte de sens contribue à la perte d'identité. La résilience est le fait d'avoir la capacité d'absorber les chocs dans l'adversité. Œuvrer pour une organisation résiliente nécessite que les dirigeants

³¹ La crise se définit comme un : « *moment très difficile dans la vie de quelqu'un, d'un groupe, dans le déroulement d'une activité...; période, situation marquée par un trouble profond : crise de conscience. Rupture d'équilibre entre la production et la consommation, caractérisée par un affaiblissement de la demande, des faillites et le chômage... Grave pénurie de quelque chose : Crise du logement.* » (Larousse).

³² Simon, B. (2006), « *Eléments pour une distinction opérationnelle entre crise et conflit* », *Cahier de l'Actif*, n° 358-361, p.11-23

s'engagent à faire un véritable changement de mentalité. La résilience se définit comme « *la capacité d'un système à maintenir ou à rétablir un niveau de fonctionnement acceptable malgré des perturbations ou des défaillances.* » (Pinel, 2009).

Pour Teneau et Koninck, le cycle de vie de la crise correspond à une crise identitaire de l'entreprise. En situation de crise, différentes réactions ou « *trajectoires de résilience* », sont identifiées pour rebondir ³³ (Teneau G. & Koninckx G, 2010). La résistance négative peut conduire à des comportements d'évitement et à la rupture totale avec effondrement. La résistance positive peut permettre de rebondir de deux manières.

Dans la résilience de type 1, l'organisation retrouve un état d'équilibre proche de celui antérieur au choc et dans les limites de l'acceptable, avec une efficacité retrouvée. La trajectoire est ici de type évolutionnaire.

Dans la résilience de type 2, la capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour traverser l'état de crise et ses turbulences permet de trouver un nouvel équilibre, mais en rupture avec la situation antérieure avec une transformation de l'identité organisationnelle. L'évolution ou la dynamique est de type révolutionnaire. Pour Teneau et Koninckx (2010)³⁴ dans la résilience de type 1 l'éthique est une éthique des besoins, des contraintes du marché, une éthique des affaires. Alors que la résilience de type 2 se rapprocherait d'une éthique managériale des valeurs. Dans les composantes comportementales à prendre en compte dans l'avant crise ils signalent la motivation, l'engagement et l'implication, alors que, pendant la crise, la compassion, avec la présence de « porteurs de souffrance », catalyseurs de la souffrance d'autrui serait un élément contribuant à favoriser la capacité à rebondir.

L'hôpital vit de fait un moment très difficile. La montée en puissance de la souffrance au travail des différents corps de métier, révélée par les différentes études réalisées ces dernières années, en est un indicateur. La perte de sens ou de repères souvent exprimée en est un autre. Dans cette situation de grande instabilité, de vulnérabilité, certains projets et/ou événements peuvent certainement amener à la crise. Cela peut-être des regroupements ou fusions imposés, une démission d'une personne charismatique, ou bien évidemment son suicide.

³³ Teneau G. & Koninckx G. (2010), *La résilience organisationnelle, rebondir face aux turbulences*, Bruxelles, Ed De Boeck

³⁴ Op cit

3.2.2. Mutation

Le mot mutation désigne dans son acception première, une modification de l'information génétique dans le génome d'une cellule ou d'un virus qui entraîne une modification durable de certains caractères. Dans l'extension de cette signification et plus communément on pourra donc parler de « mutation » pour désigner des évolutions de systèmes ou institutions qui sont modifiés de manière importante et « profonde » et dont les changements seront pérennes.

Si l'hôpital vit une mutation, cette mutation peut-elle, ou doit-elle, le conduire vers plus d'autonomie, ou vers un niveau supérieur à celui de la situation antérieure ?

On peut considérer trois étapes dans le processus d'intégration du management à l'hôpital au cours des dernières décennies. Un premier temps où le management est extérieur à l'hôpital, qui lui-même s'avère être une organisation bureaucratique, avec un fonctionnement administratif, une culture budgétaire reposant sur des subventions et des comportements « claniques » avec trois hiérarchies parallèles (direction, médecins, soignants). Une deuxième étape (1980-1990), le management intègre l'hôpital avec l'introduction du financement par dotation globale, l'injonction de la rédaction d'un projet d'établissement devant formaliser la stratégie de chaque établissement et associant le projet médical au projet de soins. Les résultats insuffisants voire décevants ont incité les tutelles à impliquer plus fortement le corps médical dans le pilotage stratégique et opérationnel dans le cadre de la nouvelle gouvernance, avec la mise en place de pôles, introduite par la réforme de mai 2005. L'évolution du système de financement instaurant la tarification à l'activité (T2A) définit les ressources mises à disposition en regard de l'activité réalisée.

Toutes ces évolutions managériales ont pour objectif de renforcer la performance des établissements en leur considérant une autonomie d'un point de vue économique, stratégique et sanitaire. Mais la problématique de l'offre de santé concerne également l'articulation avec les différents partenaires, car l'offre de santé résulte d'une complémentarité et articulation complexe dans le cadre d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Alors que la « mutation » managériale interne est loin d'être intégrée et stabilisée, les hôpitaux ont à développer des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) et des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), conformément aux dispositifs réglementaires

de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Les CHT visent à mettre en œuvre une stratégie commune pour gérer certaines fonctions et activités (maternité, chirurgie...). Les GCS peuvent avoir des finalités de deux types : la mise en commun de moyens (bloc opératoire, service d'imagerie...) ou la coopération pouvant conduire à la fusion de deux établissements et à la création d'un nouvel établissement. Il semble que ces évolutions sont attendues dans des organisations qui n'ont pas encore atteint le stade de maturité en matière de management interne ce qui peut être potentiellement dangereux et remettre en cause les progrès réalisés. (Nobre, 2012)³⁵

Si un hôpital peut développer une autonomie dans sa démarche stratégique, dans le cadre de règles claires définies par les pouvoirs publics, la notion de contrat et de moyens ne peut vivre que dans l'instauration d'un climat de confiance. Or, l'administration française est-elle une administration qui promeut des valeurs de confiance, ou est-elle une administration de méfiance ? (Romatet 2001).

Les objectifs se focalisent sur la gestion économique. Les structures hospitalières se modifient, leur contour et limites deviennent plus floues au sein du système de santé, de par les injonctions de fusion, regroupement et coopération. Les techniques et technologies sont sans cesse en évolution. Quant aux attentes et comportements des professionnels au travail, il semble qu'ils se différencient avec la jeune génération.

L'hôpital semble vivre des changements majeurs qui portent sur les différents sous-systèmes organisationnels que sont: les objectifs, la structure, la technique et la culture. La focalisation sur l'économique et la rentabilité semble surpasser la volonté des « *mêmes soins pour tous* ». L'hôpital est sommé de s'ouvrir sur son environnement et de développer des coopérations et regroupements d'intérêts et de moyens, alors qu'il se caractérisait, plutôt par un «hospitalocentrisme» historique et culturel. La multiplication des actes d'investigations semble rassurer patients et médecins... avec un risque inflationniste fort. Enfin, plus qu'une « vocation » pour venir à l'hôpital, les professionnels affichent leur désir d'accorder à leur vie privée une place prépondérante ou mettent en avant leur plan de carrière.

Nous reprenons dans le tableau page suivante, les éléments clés de cette mutation hospitalière à travers ces quatre sous-systèmes de toute organisation que sont : les objectifs, la structure, la technique, et la culture.

³⁵ Nobre, T. (2012), « Le franchissement des frontières de l'hôpital par le management : une double dynamique antagoniste », <http://www.etatsgenerauxdumanagement.fr:egm2012/ddoc-299-S16->

Tableau n°2 : Les évolutions ou mutations du système « Hôpital »

Sous-systèmes	Hier	Aujourd'hui
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs d'un service public: accueil de tous, accessibilité - « <i>La santé n'a pas de prix</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'équilibre financier, de retour à l'équilibre - Recettes/dépenses - Patients « rentables »/patients « non rentables » - « <i>La santé a un coût que nous ne pouvons plus assurer</i> »
Structure	<ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchisation des hôpitaux/capacité de lits/ région: - CHU => Hôpital Local 	<ul style="list-style-type: none"> - Regroupement public/public: petits/ moyens hôpitaux, public/privé, coopération/moyens...
Technique	<ul style="list-style-type: none"> - Observation clinique, diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> - Actes, investigations: technologie/ technique
Culture	<ul style="list-style-type: none"> - Vocation: acceptation des contraintes organisationnelles, horaires... - « <i>On choisit l'hôpital et on y reste... on lui reste fidèle</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche équilibre vie personnelle et professionnelle - « <i>le médecin, le soignant, a un plan de carrière, il développe un certain « nomadisme » entre privé et public</i> »

3.3. D'un système bureaucratique à un management innovant et éthique

3.3.1. Vers une nouvelle gouvernance à l'hôpital

L'hôpital a à assurer certainement une mutation importante au niveau managérial. Quelle nouvelle gouvernance pour l'hôpital ? Est-ce le passage d'un système bureaucratique à un système adocratique, d'un management paternaliste vers un management fondé sur l'humanisme ?

Une réflexion est certainement indispensable sur le fonctionnement pyramidal et « l'empilement hiérarchique » pour favoriser une évolution et optimisation de l'hôpital français.

Dans le mouvement des réformes outre celle relative au financement et à la tarification à l'activité, dans le cadre de « l'hôpital 2007 » une « nouvelle gouvernance » devait être instaurée.

La « bonne » gouvernance fait souvent référence à la modernisation de l'administration et du secteur public. Concernant l'hôpital, cette notion de gouvernance dépasse les concepts traditionnels d'organisation, de gestion ou de fonctionnement d'une institution. Elle englobe l'ensemble des éléments, macro et micro, qui participent au « gouvernement » de l'hôpital, c'est-à-dire la réponse aux besoins de santé de la population, le pilotage de l'établissement, la recherche de la qualité et de la satisfaction des patients, le bon rapport qualité-prix et la maîtrise des dépenses, mais aussi la planification stratégique, la gestion interne, le climat social et la qualité des conditions de travail.

Nous le retrouvons ici dans ces propos « *Mon ambition est, non pas d'arriver à l'équilibre à tous prix, mais de construire un fonctionnement équilibré et durable. Parce qu'un équilibre qui passe par des sacrifices forts peut donner un effet facial équilibré, mais on peut repartir ensuite à la première occasion vers un dérapage. ... La première idée que j'entends diffuser est que l'on ne peut pas soigner correctement des patients dans un hôpital mal géré. Ça paraît être une évidence absolue, mais je ne suis pas sûr que ce constat soit partagé. Il faut que tout le monde sache que nous n'avons pas d'autre alternative. Je pense que les*

difficultés passées sont suffisamment douloureuses pour que ce soit bien compris. Et bien gérer, cela passe par posséder de bons outils de gestion, solides, pour permettre aux chefs de pôle d'avoir une lecture plus claire et facile des situations, qui puissent constituer des outils de pilotage et décisionnels fiables.» (Romatet, 2013)³⁶

Au niveau du management un double équilibre difficile est à introduire : équilibre entre la masse critique qui permet d'optimiser les moyens et la taille des unités qui fait que les hommes se sentent bien, où une bonne ambiance est ressentie. Les pôles constitués, mais actuellement qui n'ont pas toujours pris vie, peuvent être cet espace entre le grand et le petit, donc à taille humaine où peut se mettre en place un véritable management centré sur les talents.

3.3.2. Un management porteur de sens et de valeurs

Le gestionnaire de l'hôpital doit aussi devenir un manager « porteur de Sens », dans ce contexte chaotique, où le changement ne serait plus ponctuel mais quasi permanent. Car les professionnels manifestent des attentes fortes. Les jeunes professionnels n'entrent plus dans ces métiers de la santé et à l'hôpital par vocation, ou pour eux du moins, vocation ne signifie pas soumission. Ils ne choisissent plus, de surcroît, l'hôpital comme le lieu de carrière pour la vie et sont en recherche d'écoute et de reconnaissance. Ils attendent donc un management qui prenne en compte ce qu'ils sont, ils ne veulent pas être considérés comme des pions.

Les jeunes sont désireux d'une véritable évolution des pratiques gestionnaires, remettant en cause :

«- les outils de gestion (les reporting et autres gestions par les procédures) qui leur pleuvent comme à Gravelotte, car ces outils les détournent de ce qu'ils doivent faire et ils savent par ailleurs qu'ils sont largement inutiles car non utilisés ;

- les contradictions internes aux injonctions managériales (ces fameuses injonctions paradoxales qui sont sans solutions pratiques) ;

³⁶ Interview Jean-Jacques Romatet, lors de sa prise de fonction comme directeur général de l'AP-HM à Marseille, (antérieurement il était directeur au CHU de Toulouse) "Mon ambition n'est pas le retour à l'équilibre à tous prix", 07/02/13 - HOSPIMEDIA

- les pratiques managériales dont les verticalités contrastent avec les discours participatifs : vous êtes nos collaborateurs, nous avons besoin de vous, de votre implication, vous êtes la vraie valeur de l'entreprise... mais il ne faut pas nous coûter trop cher... » (D'Iribarne 2012)³⁷

Bien évidemment dirigeants et cadres prennent conscience de tous ces changements et s'interrogent visiblement sur le modèle en management innovant et adapté à l'hôpital d'aujourd'hui et de demain. Ce n'est certainement pas par hasard si l'on voit des philosophes qui commencent à se rapprocher ou à être invités dans le monde des managers. Cela est signifiant d'une recherche de rapprochement ou confrontation entre un technocratie, une rationalisation et des valeurs éthiques à promouvoir dans le cadre des transformations actuelles que vit l'hôpital.³⁸

En même temps les vrais décisionnaires et les pouvoirs ne sont pas si faciles que cela à repérer. Si pouvoir médical et pouvoir de direction ont toujours été très présents dans l'opposition ou l'alliance, il y avait une vraie différenciation de champs d'action. Le directeur était dans un rôle gestionnaire, et les médecins apporteurs et porteurs des projets...parfois inflationnistes, il est vrai, avec des offres pouvant créer des besoins.

3.3.3. Des conflits de pouvoir à un leadership unifiant

Aujourd'hui, malgré ce discours médiatique où le président Sarkozy disait haut et fort que le directeur était le « patron » à l'hôpital, certains directeurs déplorent leur soumission aux décisions de l'ARS et la difficulté à piloter avec un directoire, où au regard de la loi HPST, la représentation du corps médical est majoritaire. Le directoire est constitué de sept membres, trois de droit –directeur général, président de la Commission Médicale et directeur de soins et quatre autres membres nommés par le directeur dont trois au moins doivent être des médecins.

³⁷ Op.cit.

³⁸ C'est interpellant de voir que des directeurs hospitaliers invitent des entraîneurs d'équipes de rugby : Jean-Jacques Romatet au CHU de Toulouse pour son équipe de direction a fait venir Guy Novès; l'Association des Directeurs d'hôpital (ADH) a invité J-Claude Skrela à ses journées de mars 2010 pour un témoignage « de ces valeurs d'esprit d'équipe et de travail collectif » ...avec en prime un match de rugby auquel participaient des directeurs hospitaliers.

De fait, beaucoup d'hôpitaux ont maintenu le « conseil exécutif »³⁹, qu'instituait la réforme de la nouvelle gouvernance de 2005, disparu dans la loi HPST alors qu'il avait été adopté et reconnu par la majorité des hôpitaux comme une instance importante et intéressante.

En matière de gestion des ressources humaines des changements sont aussi à négocier. D'un sentiment de gérer en permanence la pénurie, il a à mieux connaître ses ressources, dont bien évidemment les ressources humaines, y repérer les potentiels, les considérer comme une richesse, les fidéliser. Cela impose d'évoluer d'une centration sur les métiers et les statuts pour développer l'identification des compétences et des niveaux de compétences. Une démarche de gestion des métiers et de compétences s'instaure progressivement et est en train d'être outillée : fiches de poste, référentiels de compétences, entretiens professionnels...

3.3.4. De la gestion du personnel à la gestion des talents

Le sujet d'une gestion « des talents » ou par « les talents » suscite beaucoup de questions voire de suspicions. Toutefois, la tendance actuelle, dans un contexte de forte incertitude, tend à aller vers une vision où l'entreprise, pour atteindre un haut niveau de performance, doit orienter son management vers « un management des talents ». L'hôpital peut sembler encore loin de cette orientation. Au vu, une GRH (Gestion des Ressources Humaines) encore très proche de la gestion du personnel, des recrutements basés sur la qualification, d'une évolution de carrière qui s'appuie sur la notation, des cadres de proximité dont la gestion des plannings et de l'absentéisme est une activité des plus chronophages au

³⁹ Le nombre de membres du conseil exécutif (inférieur ou égal à douze, dans les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires) est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. L'ordonnance du 2 mai 2005 stipule que le conseil exécutif : prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2. et 3. de l'article L. 6144-1. Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3. Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services. Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences. Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution.

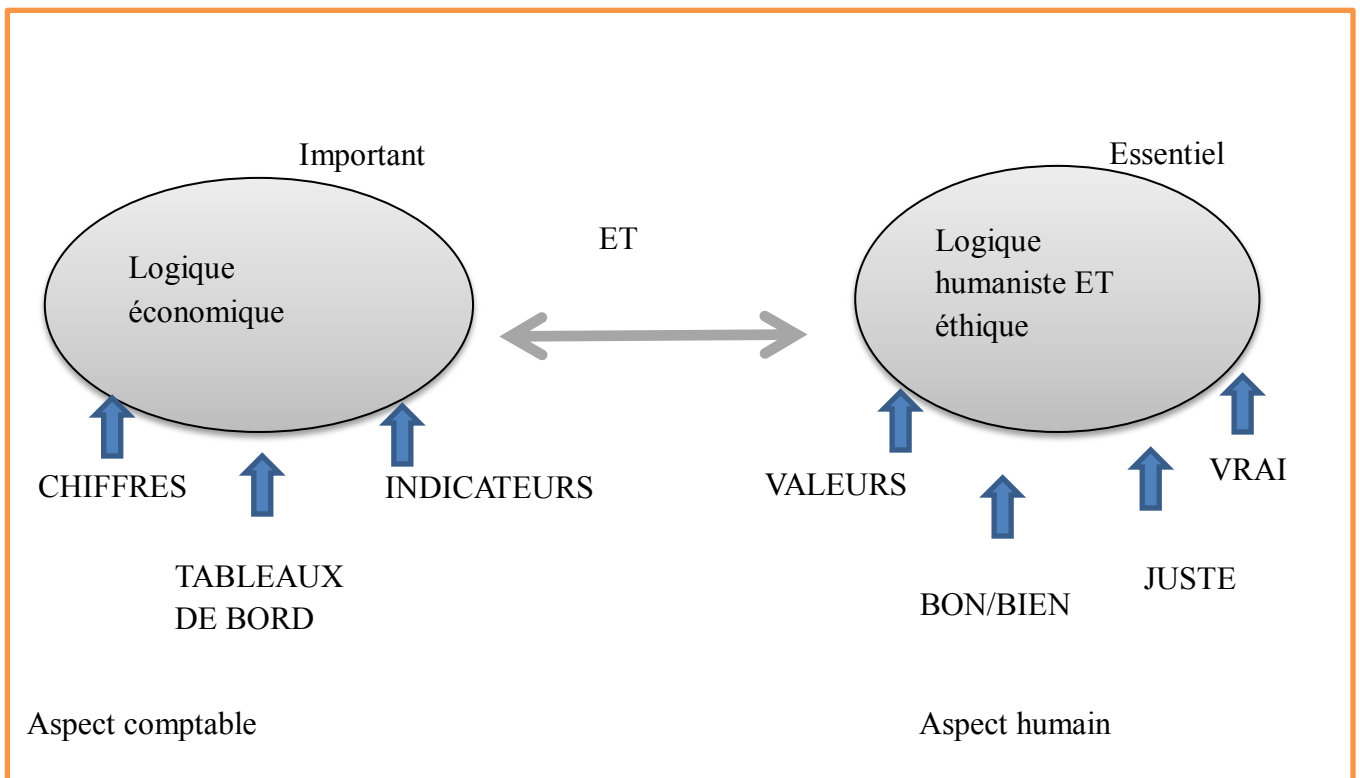
détriment d'une démarche opérationnelle d'intégration, de fidélisation et d'accompagnement des parcours de professionnalisation... la mutation de la gestion des métiers vers un management des talents n'en est qu'au stade des balbutiements.

Pourtant la voie s'ouvre avec l'injonction ministérielle de mise en place d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et de Compétences)⁴⁰ et d'entretiens professionnels annuels basés sur une évaluation des compétences qui rend obsolète la « notation » instaurée depuis plus de 50 ans.

Un management hospitalier qui accorderait une place forte à l'éthique développerait un mode de gouvernance où les décisions politiques, quelles qu'elles soient, seraient questionnées non seulement par rapport aux objectifs visés, mais dans le cadre d'un champ plus large. Ceci dans une tentative de relier des aspects qui au premier abord semblent s'opposer. C'est apprendre à passer d'un « ou » qui sépare et oppose à un « et » qui rapproche et relie. Dans cette vision sont considérées et rapprochées : gestion économique et valeurs humanistes, qualité normalisée (à travers, protocoles, procédures, traçabilité) et qualité intégrée (chacun a le sentiment à son niveau de participer à la qualité), valeurs institutionnelles et valeurs personnelles/professionnelles, objectifs à atteindre et autonomie....

⁴⁰ Pour l'hôpital aujourd'hui il s'agit de suivre l'injonction de mise en place d'une démarche de GPMC (Gestion Prévisionnelle de Métiers et des Compétences)

Schéma N°1 : d'une « reliance » des éléments économiques et humanistes par l'éthique



Conclusion chapitre 1

A l'origine organisation de type missionnaire, l'hôpital est devenu au cours du siècle dernier, un système bureaucratique lourd peu innovant et non efficient. Sommé d'assurer des mutations importantes, dans sa gestion, son organisation et sa gouvernance en intégrant des méthodes managériales issues de l'entreprise privée, le système hospitalier est en perte de repères et de sens. Il a à reconstruire un fonctionnement équilibré porteur de sens et pérenne. Soigner correctement les patients ne peut se faire que si l'hôpital est correctement géré, avec des outils de gestion solides et fiables qui permettent, aux directions, chefs de pôle et encadrement, d'avoir une lecture accessible et claire des situations. Mais, se centrer sur la gestion de la performance et sur la rentabilité, si cela reste une nécessité, ne semble pas suffisant pour maintenir et développer l'attractivité et la fidélisation des personnels, voire la qualité des soins.

Plus que jamais les professionnels sont en recherche de sens, et manifestent leurs exigences vis-à-vis des conditions de travail. Ils attendent des managers, des leaders, en capacité de leur montrer le cap à suivre, de leur donner à voir des projets stimulants. Le retour à l'équilibre financier ou son maintien ne peut avoir cet effet, ce n'est qu'un moyen, voire une contingence. Les professionnels ont besoin de sentir que les activités menées au quotidien, sont utiles, sont de qualité, non parce qu'elles respectent une procédure ou un protocole, mais parce que cela correspond à leur conception d'un « travail bien fait », pour le patient, pour ces proches ou en tant que prestataire de service s'ils ne sont pas au cœur du soin.

Le management doit créer des conditions stimulant la motivation, l'implication, l'engagement. Ces conditions ne peuvent naître dans un climat de suspicion, de sentiment d'informations cachées, comme cela est souvent exprimé aussi bien par les professionnels du terrain, que par les cadres. L'éthique, les valeurs, la convivialité, l'intuition et la créativité ne se mesurent pas mais n'en restent pas moins essentiels.

L'hôpital a besoin aujourd'hui de se recentrer sur un pilotage où la confiance est une valeur forte et partagée. La défiance naît du doute et des peurs. La confiance se crée et se développe dans la sécurité qui naît d'une meilleure connaissance mutuelle. Il est nécessaire de développer le « mieux se connaître » pour apprendre à se reconnaître. Toutes les démarches actuelles visant à développer la qualité de vie, le bien-être au travail, mettent en avant le rôle fort de la reconnaissance. « *The care* » ce concept, imparfaitement traduit par

« prendre soin », n'a pas sa place que dans une relation de soin, nous pensons, qu'il a toute sa place aussi, au cœur de chaque rencontre interprofessionnelle.

Nous souhaitons développer cette idée d'un management qui doit s'appuyer sur un leadership éthique et authentique, où la confiance et « *the care* » viendront nourrir les relations interprofessionnelles, favorisant coopération, ainsi que motivation et implication à tous les niveaux, grâce à un climat de confiance constamment recherché.

Pour tenter de construire ce modèle de management intégrant un leadership éthique s'appuyant sur le *care* nous nous proposons, à partir d'une revue de littérature de mieux cerner sur le plan théorique les concepts et notions que sont le management, le leadership éthique et l'éthique du care.

Chapitre 2 : APPROCHE THEORIQUE, CONCEPTUELLE

Introduction du chapitre du chapitre 2

Nous allons, pour alimenter notre étude, dans un premier temps, chercher à approfondir des concepts clés autour du management. Partant d'une définition générale du management nous nous intéressons plus spécifiquement à la notion de Nouveau Management Public (NMP). Instauré à l'hôpital par les dernières réformes du système de santé, des recherches récentes prouvent déjà les limites, voire les aspects délétères du NMP. Avec la réforme du 2 mai 2005, le terme de « gouvernance » est entré dans le langage courant des managers hospitaliers. Cerner ce que recouvre cette notion nous amènera à vouloir mieux comprendre le concept de leadership et au-delà des modèles dits « héroïques », plus particulièrement les modèles plus récemment décrits et dits « humanistes ».

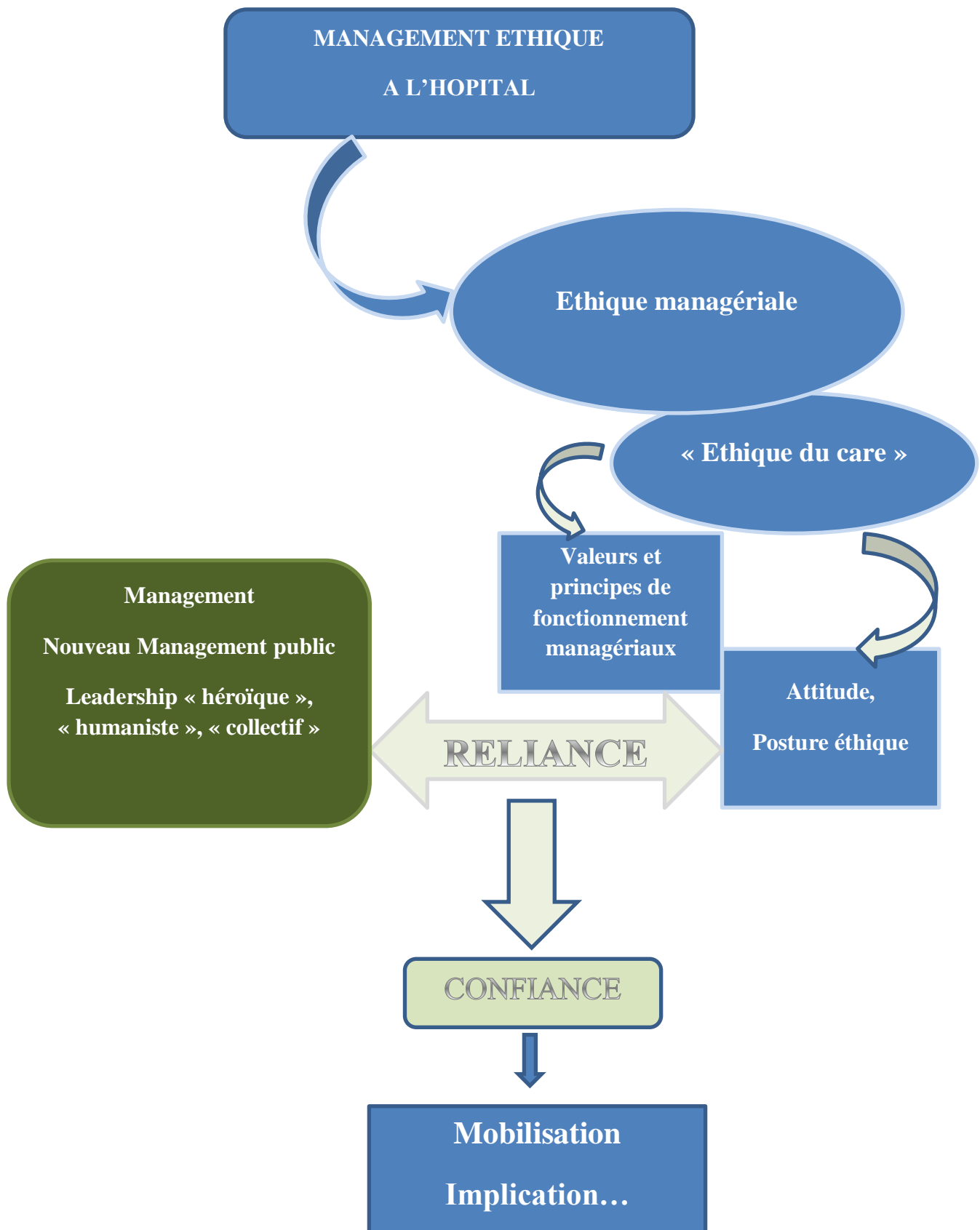
L'hôpital est une vieille institution dont la mission a évolué au cours des siècles d'une vocation sociale à une vocation essentiellement sanitaire. Du fait de la tutelle religieuse de ses origines, de la présence encore de religieuses dans une période récente, la morale était, de fait, au cœur des actes et de la relation et les médecins continuent à s'engager sous le serment d'Hippocrate. Avec la laïcisation et la perte progressive de l'aura de la morale sont apparues des règles déontologiques (professionnelles) et plus récemment des chartes d'accueil du patient hospitalisé, de la personne âgée. Les grandes découvertes scientifiques et médicales des dernières décennies et le pouvoir qu'elles donnent à l'homme ont créé la nécessité pour délimiter ce pouvoir, d'introduire à différents niveaux et au sein même des hôpitaux, des instances éthiques.

La spécificité de la mission de l'hôpital touchant l'être humain en situation de vulnérabilité sous-entend des valeurs humanistes affirmées mais aussi une certaine affinité, attirance particulières pour les professions médicales et paramédicales regroupées sous la notion de vocation.

Aussi, avec les notions concernant le management et le leadership de notre cadre théorique, nous abordons les notions de l'éthique du management et plus spécifiquement l'éthique du « *care* ». Ceci dans l'hypothèse que le développement d'un leadership éthique pourrait contrecarrer les effets potentiellement pathogènes du Nouveau Management Public, ainsi que donner sens aux mutations actuelles de l'hôpital en redonnant un Sens fort à sa mission au travers une congruence entre valeurs prônées au cœur du soin et valeurs managériales.

Nous commençons par les notions de management et de Nouveau Management Public en intégrant les concepts de gouvernance puis de leadership. Ensuite nous précisons dans ce vaste champ de la philosophie à laquelle appartient l'éthique, les dimensions de celle-ci qui nous semblent plus spécifiquement appropriées à notre question de recherche, comme l'éthique du « *care* ».

PRESENTATION SCHEMATIQUE DES CONCEPTS



1. Le Management à l'hôpital : introduction du Nouveau Management Public et leadership

1.1. Approche générale du management

« *Le management recouvre l'ensemble des décisions et actes de toutes natures (technique, économique, financière, sociologique, psychologique) visant à faire fonctionner un système productif* ». (Fayol, 1921)⁴¹

Pour Pierre Goguelin: « *Le management englobe toutes les décisions et les actes de toutes les personnes qui à un moment quelconque, ont une influence sur le fonctionnement d'un système de production. Le management ne se réduit pas à l'organisation ou à la gestion classique ; il les déborde en intégrant toutes les qualités humaines de l'organisation du haut en bas de la hiérarchie.* »⁴²

Nous préférons, en regard de l'objet de nos travaux cette définition : « *La base du management est de donner du sens, d'apporter une vision, d'éclairer l'avenir, afin de mettre en perspective l'action des collaborateurs au quotidien. C'est tout l'objet de la détermination des enjeux, des objectifs et de la stratégie d'une organisation* »⁴³ (Georges & Samson, 2012). En effet cette définition reprend des éléments clés sur lesquels nous souhaitons nous appuyer telle que la notion de *sens*, et *d'apport d'une vision*. Il s'agit pour nous de ne pas perdre la question du type de soins que l'hôpital veut offrir, aujourd'hui et demain : à qui et avec quelle humanité ?

La mise *en perspective de l'action des collaborateurs au quotidien* est pour nous une deuxième dimension fondamentale. Il s'agit de prendre en considération que ce sont les professionnels, médicaux et non médicaux de santé, qui sont au contact des patients. Leur coopération et coordination font la qualité des soins et créent ou non la satisfaction du patient.

⁴¹ Ribaut, M., & Aromatario, C. (1991), *L'hôpital entreprise, pourquoi pas*, Editions Lamarre, p. 120, les auteurs font référence à Pierre Goguelin in *Le Management psychologique des organisations*, Paris, ESF/EME, coll. « Les hommes et l'entreprise », 1989 t.1 , p. 23

⁴² Op. cit. p. 120

⁴³ Georges, P.M., Samson, J., (2012), *Gérer un hôpital, un pôle, Les meilleures méthodes de management au service des gestionnaires hospitaliers*, Sauramps Médical.

Bien évidemment, il est à considérer que le management fait référence à un travail qui serait un travail de prescription. Ce travail de prescription se réalise à différents niveaux: politique, gestionnaire, managers. Ainsi, les conseils d'administration, en définissant les finalités et moyens de l'organisation, en déterminant les ressources, assurent un travail de prescription *politique*. A la strate suivante, de nature *gestionnaire*, le directeur avec les différentes directions fonctionnelles (service de marketing, qualité, ressources humaines, finances, logistique...), au sommet stratégique de l'organisation, vont décliner les missions et moyens, procédés opératoires, critères de contrôle. Enfin, les responsables des équipes opérationnelles, les *managers (et chefs de projets)* ont pour mission de traduire et relayer, les prescriptions des gestionnaires, au sein même de l'équipe et de rendre compte des activités réalisées. « *C'est un travail en cascade de reformulation et d'enrichissement progressif de la prescription, de définition socialisée (...) Lorsqu'il se déroule sans encombrement ou évitement, le travail d'organisation dessine une organisation qui aide les individus à faire – et à bien faire – leur travail, et à le rendre cohérent dans un ensemble sociotechnique qui le dépasse* » (Dujarrier, 2012)⁴⁴

Il est considéré que le management n'est réellement entré à l'hôpital qu'assez récemment avec la fin du financement reposant sur les subventions et le passage à un financement par dotation globale (décret du 11 août 1989), suivi par l'imposition de rédaction d'un projet d'établissement qui formalise la stratégie de chaque hôpital. Mais le changement majeur est introduit par le Nouveau Management Public (NMP) et l'application des méthodes et outils de l'entreprise dans le management d'un service public sanitaire et médicosocial.

1.2. Le Nouveau Management Public

1.2.1. Les causes de l'émergence du Nouveau Management Public (NMP)

Les réformes contemporaines qui portent leurs efforts spécifiques sur l'administration publique constituent aujourd'hui, ce que l'on nomme le « Nouveau Management Public » (NMP). Il s'agit d'un ensemble de changements dans le champ du secteur public, remontant

⁴⁴ Dujarrier M-A. (2012), *L'idéal au travail*, puf, p.61

aux années 1970-80. Dans un contexte de crise financière, de déficit public, d'endettement, dans de nombreux pays, le transfert vers le public de différentes méthodes traditionnellement employées dans le privé a constitué le courant du NMP. Ce qui laisse présupposer que management public et management privé sont fondamentalement similaires.

Les causes de l'émergence du NMP semblent multiples : volonté de s'inscrire dans une idéologie néo-libérale au Royaume-Uni, de réagir à la crise financière au Canada, surmonter une crise économique et politique en Italie, ou pour la France moderniser la fonction publique et faire face à d'importants déficits publics. (Bachelard, 2013)⁴⁵

Toutefois, si la crise financière reste un facteur déclenchant, des pressions aussi bien internes qu'externes sont venues renforcer l'image d'un secteur public insuffisamment efficace, trop bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur lui-même et peu innovant. Pour qu'il soit plus performant (efficace, efficient, économe) il s'agit donc de le transformer en donnant plus de marges de manœuvre aux gestionnaires dans une logique consumériste où l'utilisateur pourrait être appréhendé comme un client. « ... *Le NMP s'intéresse à l'accroissement des capacités managériales par la mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé et tend ainsi à mettre l'accent sur l'aspect managérial, au détriment de l'aspect politique* » (2010, Peter B. Guy).

1.2.2. De la gestion bureaucratique au NMP : évolutions, changements : les finalités et caractéristiques du NMP :

L'idéologie de la « bonne » gestion du secteur public, promeut une évolution d'une « administration » du secteur public vers un « management » au sein de ce secteur. Une grande partie de la responsabilité des résultats de la gestion publique est reportée des leaders politiques vers les managers. Dans ce modèle de gouvernance une autonomie plus grande est laissée à ces managers. Une grande diversité de changements est ainsi introduite, à la fois

⁴⁵ Bachelard, O., (2013), « Leader ou manager : aujourd'hui une nécessaire complémentarité dans la fonction publique », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet

dans la structuration de l'administration, le management du personnel et les organisations ainsi qu'en impliquant plus largement le secteur privé dans la distribution des services et/ou en favorisant des pratiques de contractualisation entre eux. Alors que l'administration publique traditionnelle s'appuie fortement sur des procédures, afin de définir les règles de conduite à suivre dans les services, le NMP met l'accent sur la notion de performance, d'objectifs de performance et donc de tableaux de bord et d'indicateurs permettant d'évaluer le niveau de performance. (2010, Peters B. Guy).⁴⁶ Il promeut aussi une mobilité plus grande des managers entre ces deux secteurs.

Relativement à la GRH (Gestion des Ressources Humaines), le NMP bouleverse des systèmes en place depuis des décennies comme le système traditionnel de rémunération et de notation des fonctionnaires avec des incitations de primes indexées sur la performance. L'efficacité individuelle est alors considérée comme essentiellement reliée à l'introduction de la compétition entre les individus.

Ce modèle de gestion est à l'opposé du modèle bureaucratique wébérien où l'administration se caractérise par : le respect des règles et procédures, une centralisation forte (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale), un budget axé sur les moyens, un partage des responsabilités plutôt flou, une division des tâches et spécialisation forte, un contrôle portant sur des indicateurs de suivi et un recrutement par concours avec un avancement à l'ancienneté (sans favoritisme). Pour Weber (1971) il existe trois types d'autorité légitime :

- L'autorité traditionnelle repose sur l'histoire, les rites et le pouvoir n'est pas remis en question puisque l'autorité repose sur l'obéissance et la loyauté. La faible place laissée à la compétence conduit à un certain conservatisme et va à l'encontre des innovations
- L'autorité charismatique repose sur les qualités exceptionnelles de celui qui détient l'autorité et qui joue sur l'émotion et l'exemplarité. Ce modèle présente une certaine fragilité et ne s'inscrit pas sur la continuité.
- L'autorité rationnelle légale s'exerce dans le cadre du respect de règles formelles, établies en regard des buts de l'organisation, modifiées selon une procédure régulière et acceptées par tous. L'autorité dans ces organisations est donc fondée sur le règlement et n'est pas le fait d'un individu.

⁴⁶ Op. cit.

Le NMP prône une conception décentralisée où il s'agit d'atteindre des résultats, de satisfaire le client, avec un partage des responsabilités qui gagne en clarté, une meilleure séparation du politique et de l'administratif, un budget axé sur les objectifs, une plus grande autonomie et réactivité au niveau de l'action, un contrôle avec des indicateurs de performance et un recrutement par contrats avec avancement au mérite en lien avec les compétences et la performance. Il existe aujourd'hui comme une discipline et se définit comme : « *la conception et la mise en œuvre de processus de finalisation, d'organisation, d'animation et d'évaluation visant à assurer le pilotage des organisations publiques et la gestion des relations entre les parties prenantes de l'action publique, dans le cadre des orientations et missions de services publics* » (Bartoli, 2009)⁴⁷

Le modèle bureaucratique de Weber et le NMP se différencient à travers les objectifs poursuivis, l'organisation, l'exécution des tâches, le contrôle, le budget le recrutement et la promotion. Ces différences sont ici retranscrites de manière synthétique.

Nous retrouvons l'impulsion forte de ces changements sur le secteur hospitalier dans la réforme de 2005 et la loi HPST de 2009.

Tableau n° 3 : différences entre le modèle bureaucratique et le NMP

	Bureaucratie de Weber	Nouveau Management Public
Objectif	Respecter les règles et procédures	Atteindre les résultats, satisfaire l'utilisateur/client
Organisation	Centralisée et hiérarchique	Délégation de compétences
Exécution des tâches	Division	Autonomie
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté	Avancement au mérite

⁴⁷ Cité par Bachelard, O. (2013), « Leader ou manager : aujourd'hui une nécessaire complémentarité dans la fonction publique », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet

1.2.3. Les forces et limites du Nouveau Management Public

Le NMP semble pouvoir perfectionner et moderniser l'action publique en introduisant une certaine rationalité managériale. Le NMP a pu introduire plus d'efficacité, d'efficience, en diminuant en particulier le nombre de personnels pour un même service et diminuant le temps pour un service donné (ainsi la Durée Moyenne de Séjour –DMS- par pathologie a fortement diminué). L'aspect compétition et benchmarking entre structures publiques et structures publiques et privées peut créer de l'émulation.

Il a également des limites voire des impacts négatifs. Sont en particulier cités: l'abandon des formes traditionnelles de responsabilité, des difficultés de coordination, une perte de la mémoire organisationnelle du secteur public, une augmentation de la complexité et des difficultés de contrôle et de surveillance des services ou un manque de flexibilité. (2010, Peter B. Guy)⁴⁸

D'autre part, l'environnement et le degré de complexité des secteurs public et privé ne semblent pas comparables. La mesure de la performance est difficile dans le secteur public en raison de la multiplicité des objectifs et des acteurs. Elle est d'autant plus difficile dans un système sanitaire où la définition de la santé et le niveau de santé visé pour une population donnée, ne sont pas régulièrement questionnés.

« Il est primordial qu'à un moment donné, ce ne soient pas des notions de rentabilité financière qui sous-tendent les décisions médicales. Si l'on peut aisément comprendre que l'efficience ne doit pas être absente du calcul économique de l'acte médical et soignant, celle-ci ne peut, in fine, interdire le choix de l'acte médical qui sauve sous prétexte que le coût ne serait pas amortissable !... Le service public reste la certitude que le dernier mot dans le choix thérapeutique appartient à qui de droit, c'est-à-dire au médecin qui, en son

⁴⁸ Op. cit

âme et conscience, doit choisir la prescription à la fois la plus efficace et la moins onéreuse. » (1994, J-M. Clément)⁴⁹

La recherche de l'efficacité du système de santé se justifie, pour lui permettre d'être viable et pérenne. Mais, il est nécessaire d'identifier les méthodes qui ne sont pas directement applicables dans un système de soin, service public, accessible à tous 24h/24.

2. De la gouvernance des entreprises à la gouvernance de l'hôpital

2.1. De la gestion à la gouvernance

Le phénomène de gouvernance des entreprises ou organisations est ancien. Toutefois nous retrouvons une attention particulière portée à cette question dans les années 1990. La gouvernance recouvre l'ensemble des mécanismes qui garantissent aux différents bailleurs de fonds un retour sur investissement, en évitant une appropriation de valeur excessive par le dirigeant et les actionnaires dominants. (1997, Schleifer et Vischny)⁵⁰.

Cette définition qui focalise la gouvernance sur une dimension essentiellement financière, et de protection des actionnaires ne nous semble pas particulièrement adaptée pour une institution de service public comme l'est l'hôpital. Plus récemment cette théorie a évolué vers des modèles plus complexes où sont pris en considération l'ensemble des parties prenantes et en accordant, les dimensions cognitives et émotionnelles dont ils sont porteurs.

Elle se définit aussi à travers les mécanismes organisationnels d'influence et de pouvoir en jeu : *« comme l'ensemble des mécanismes organisationnels et institutionnels ayant pour*

⁴⁹ Clément J.M., (1994), *Essai sur l'hôpital, les cahiers hospitaliers*, Berger-Levrault p.71

⁵⁰ Wirtz, P., (2008), *Les meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise*, Collection Repères, La Découverte

effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions, autrement dit qui gouvernent leur conduite et définissent leur espace discrétionnaire » (Charreaux & Wirtz, 2006)⁵¹

Si la configuration et le rôle du système de gouvernance reposent sur une logique d'efficacité l'intérêt porté sur la notion de gouvernance comportementale permet de mieux comprendre l'inefficacité de certains mécanismes disciplinaires traditionnels. Il s'agit de prendre en considération le comportement potentiellement irrationnel des individus introduisant des biais pouvant être de type cognitif et/ou émotionnels.

Le système de gouvernance est perçu, alors, dans un rôle de protection vis-à-vis de ces biais. Le conseil d'administration peut s'appréhender, dans cette perspective notamment, dans son rôle d'élaboration et de contrôle de la stratégie, il pourrait également devenir garant de l'honnêteté et de l'intégrité de l'ensemble des membres de l'organisation (Charreaux, 2005).⁵² Toutefois, il est nécessaire de considérer également le biais lié à une attitude de soumission à l'autorité et/ou au sentiment de loyauté, qui peut rendre impossible ou inefficace ce rôle éthique qu'il pourrait assurer. (Morck, 2004)⁵³

La prise en compte des biais comportementaux dans la gouvernance amène à considérer voire à se focaliser sur comment les prévenir et/ou gérer leurs effets négatifs. Il est toutefois important d'en considérer aussi les bénéfices potentiels comme l'optimisme ou la confiance qui peuvent stimuler l'esprit créatif et l'innovation.

« Ces biais induisent certes des risques importants, mais inversement ne sont-ils pas une condition à l'existence même de l'esprit entrepreneurial, permettant une plus large exploration des opportunités et davantage d'innovation ? Un système de gouvernance qui viserait à éliminer systématiquement ce type de biais ne risquerait-il pas de conduire à une dégradation de la performance sur le long terme ? (Charreaux, 2005)⁵⁴

S'intéresser à la gouvernance d'une entreprise ou d'une institution, c'est aussi prendre en compte l'Etat dans son rôle protecteur, via la contrainte et la réglementation, établies pour protéger les différentes parties prenantes. Nous retrouvons à l'hôpital, service public, l'importance du rôle de l'état via les réformes et les lois visant à la fois sa gouvernance et

⁵¹ Charreaux, G. Wirtz P., (2006) *Gouvernance des Entreprises, nouvelles perspectives*, Recherche en Gestion, Economica, Paris, p.299.

⁵² Charreaux, G., (2005), Pour une gouvernance d'entreprise « comportementale », réflexion exploratoire, in *Lavoisier / Revue française de gestion* 2005/4 - no 157, pages 215 à 238 ISSN 0338-4551

⁵³ Cité par Charreaux, Op. Cit.

⁵⁴ Charreaux, G., Op. Cit : p. 231

son organisation, mais aussi, via l'ARS, ou via la nomination des directeurs de CHU et CHR par décret.

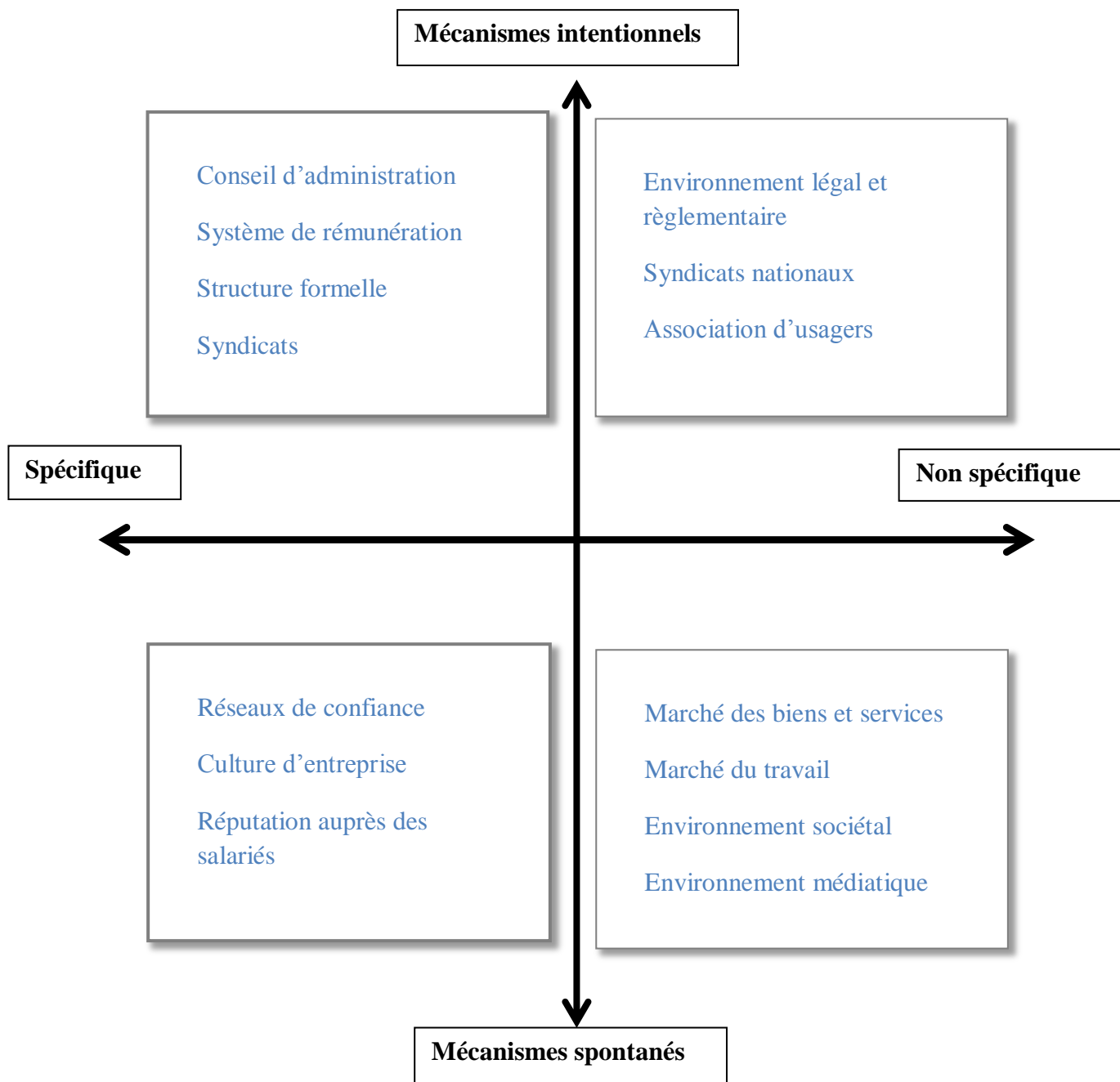
Pour ce qui concerne les mécanismes de la gouvernance ils peuvent être considérés selon deux axes, celui des mécanismes spécifiques/non spécifiques et celui des mécanismes intentionnels/ spontanés. (Wirtz, P. 2008). Deux critères importants sont retenus dans ce cadre-là : celui de la spécificité et celui de l'origine et de la nature des contraintes imposées à l'action du dirigeant. Pour ces deux types de mécanismes sont identifiés également des mécanismes intentionnels et des mécanismes spontanés. (schéma n° 2, Les mécanismes de la gouvernance)

Pour les mécanismes spécifiques, le conseil d'administration, le système de rémunération, la structure formelle, les syndicats... sont des mécanismes intentionnels ; les réseaux de confiance informels, la culture d'entreprise, la réputation auprès des salariés... des mécanismes spontanés.

Pour les mécanismes non spécifiques, l'environnement légal et réglementaire, les syndicats nationaux, les associations de consommateurs (ou d'usagers pour un hôpital)... sont de mécanismes intentionnels ; le marché des biens et services, le marché du travail, l'environnement sociétal, l'environnement médiatique... des mécanismes spontanés.⁵⁵

⁵⁵ Wirtz, P, Op. Cit. p. 18

Schéma n°2 : Les mécanismes de la gouvernance (Wirtz 2008)



Si on prend en compte, qu'est jugée comme « meilleure », toute pratique de gouvernance susceptible de contribuer à l'optimisation du potentiel de création de valeur et que la création de valeur s'apprécie grâce aux flux monétaires actuels et futurs que l'entreprise est en mesure d'engendrer par ses différentes activités dont bien évidemment la vente de produits et/ou service, on peut juger l'importance et l'impact que peut avoir cette introduction forte de la notion de gouvernance, dans le langage courant managérial hospitalier.

L'apparition et la diffusion de codes de bonne conduite, sorte d'introduction d'un idéal pour guider les pratiques de gouvernance, sont venues apporter des changements significatifs dans les systèmes de gouvernance des entreprises aux cours des vingt dernières années. Le rapport Viénot I, est le premier code de gouvernance introduit en France en 1995, il sera suivi par le nouveau rapport Viénot II en 1999, puis par le rapport Bouton en 2002.⁵⁶

La gouvernance définit un processus de pouvoir et d'influence sur des décisions visant à créer de la valeur sur le plan économique. Le management consiste à donner un sens, une vision et à mettre en perspective les activités des différents acteurs de l'organisation. Le leadership est, quant à lui une notion plus complexe, plus difficile à cerner.

2.2. Du management au leadership

2.2.1. Le leadership, une notion complexe

Le leadership est une notion ambiguë dont le temps a multiplié les définitions. Ainsi, Stogdill (1974) mentionne onze définitions, alors que Bennis et Nanus (1985) moins de dix ans plus tard en recensaient au-delà de 300. C'est à partir de 1945-1950 que semble monter en puissance, l'intérêt sur le leadership et les études portant sur ce thème, en particulier à l'université d'Ohio.

Plus récemment les contributions soulignent la complexité et le caractère multidimensionnel du phénomène du leadership. Une « dimension » représente une vue importante, mais est également partielle des activités d'un leader, elle peut être définie comme un bloc de

⁵⁶ Wirtz, P, Op. Cit. p. 20-21

comportement divers, mais apparentés parce qu'orientés dans un même sens. La fréquence avec laquelle le leader exerce ces activités et d'autres semblables nous indique à quel niveau il se situe sur le continuum de cette dimension, sans renseigner sur l'utilisation qu'il fait des autres dimensions du leadership. Ainsi, plus on considère de dimensions différentes et plus il est possible théoriquement de définir des styles de leadership (Bergeron, 1979)⁵⁷. Ainsi, il lui est reconnu plusieurs aspects : individuel, interpersonnel et contextuel.

On retrouve des études où les chercheurs s'intéressent aux caractéristiques des titulaires de fonctions de gestion, aux managers, ou aux personnages politiques. Est alors étudiée la capacité du manager-leader à influencer ou stimuler ses subalternes. Le leadership sera défini à partir d'un ensemble de caractéristiques, d'habiletés et de comportements que l'individu en poste d'autorité doit développer.

Ces études ont, le plus souvent, visé une perspective « prescriptive », inspirant des programmes de formations en management ou de coaching. Puis le champ de recherche s'est élargi au contexte et à la situation où naît le leadership à son processus de naissance et à son impact.

Ainsi, différentes études se sont intéressées aux attributs du leader, à l'adéquation à la situation, à l'émergence du leader au sein d'un réseau d'interactions, pour aujourd'hui s'intéresser à des modèles de leadership dits « humanistes » comme le leadership transformationnel et porteur de sens. (Mongeau et Saint-Charles, 2004)⁵⁸

2.2.2. Les leaders « héroïques »

Le paradigme des attributs du leader cherche à cerner les caractéristiques personnelles propres au leader qui seraient la source principale ou unique de sa capacité d'influence. C'est la théorie des traits du leader, qui voudrait que le leader ait des caractéristiques innées. Cette théorie (Carlyle 1948, 1974), a fourni des résultats peu concluants et est aujourd'hui obsolète. Une autre approche, est celle des styles d'interactions, qui considère que le leader réussit à influencer le travail d'un groupe de personnes grâce à ses habiletés de

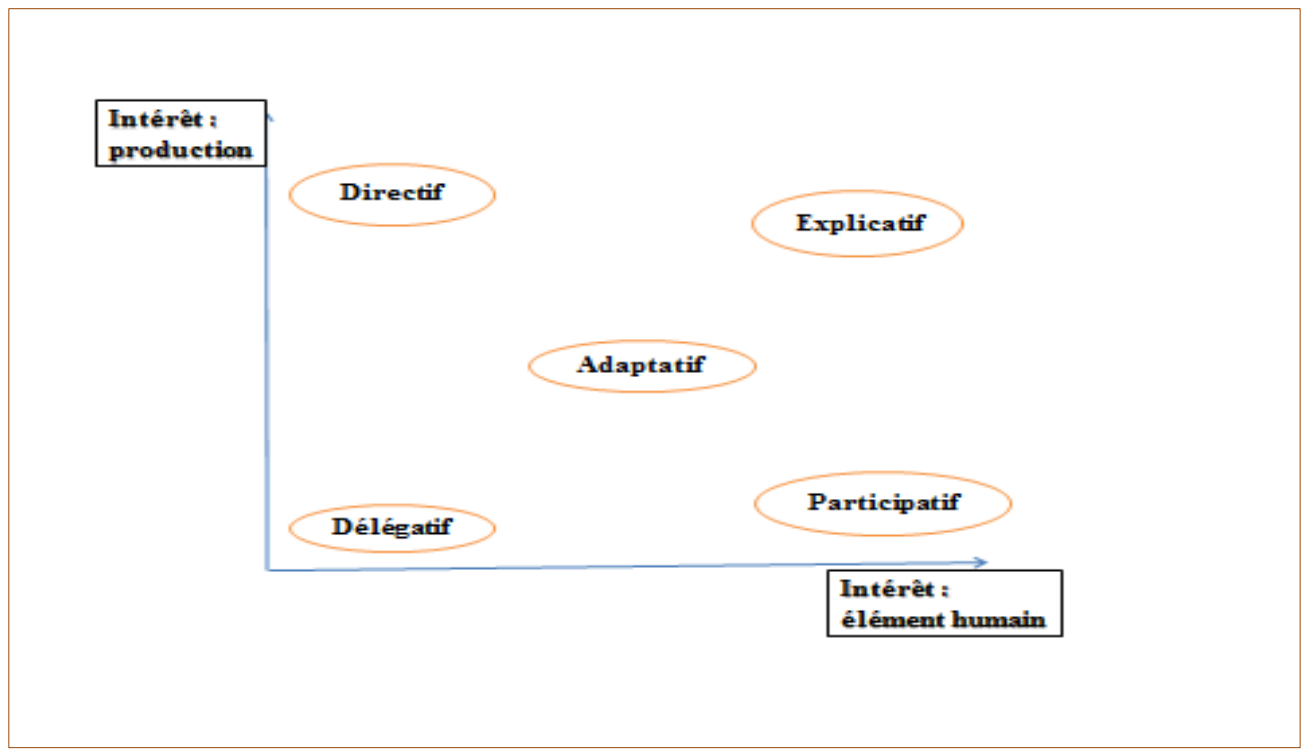
⁵⁷ Bergeron, J-L., (1979), « Les dimensions conceptuelles du leadership et les styles qui en découlent », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol.34, N°1, p.22-40

⁵⁸ Mongeau, P. et Saint-Charles, J., Communication et émergence du leadership dans les groupes, in « *Communication : horizons de pratiques et de recherche* », Québec, Presses de l'Université du Québec, 2004

communication. Celle-ci, s'intéresse donc à un « style », une manière d'interagir. (Moscovici, 1988). Le leader est alors appréhendé comme une personne qui réussit à influencer le travail d'un groupe de personnes par son mode de communication. La focalisation porte sur les attributs du leader, repérés dans sa manière d'interagir, qui différencient des « styles » de leadership. A la recherche du bon « style » de leadership, différents modèles seront repérés et/ou proposés : *autoritaire, démocratique et laisser-faire* (Lippitt et White, 1939), *gestionnaire autocratique et gestionnaire démocratique* (McGregor, 1960).

Aujourd'hui, il est fréquent de retrouver, dans les ouvrages et/ou les formations en management prônant un modèle de « bon » management ou des règles ou conseils pour le manager : « *cinq styles de management* » (Blake et Mouton, 1964) : *style directif, style explicatif, style délégitif, style participatif, style adaptatif*. Dans le modèle Blake et Mouton, on peut considérer que chacun des cinq styles managériaux représente une position du leader sur le continuum de deux dimensions : la dimension « orientation vers la production » (degré de centration sur la planification, organisation coordination des activités...) et la dimension « orientation vers l'élément humain » (considération que le manager porte aux agents en terme de confiance : prise en compte de leurs idées, de leurs sentiments, du climat à l'intérieur du groupe...). Sur chacun des continuums on peut définir une échelle allant d'une orientation nulle ou très faible à un positionnement très fort. Ces deux dimensions ont été utilisées dans la majorité des travaux américains, portant sur l'influence du leadership, comme variables indépendantes.

Schéma n° 3 : modèle Blake et Mouton enrichi par les apports de Fiedler⁵⁹



Il semblerait, au regard des études qui ont suivi cette orientation d'attribut et de style de leader, que le leader potentiel prend souvent la parole (bien que les gens qui prennent souvent la parole ne soient pas nécessairement leaders), que son répertoire de stratégies de communication est plus vaste et complexe que celui des autres membres, que ses interventions communicationnelles prennent en compte les axes « *travail, socio émotif, procédures* » et qu' il aurait une aptitude d'autorégulation élevée.

On est donc aujourd'hui à peu près certain que la maîtrise de certaines habiletés de communication joue un rôle significatif dans l'émergence du leadership (Moscovici 1988). Ainsi, on peut repérer deux courants actuels de recherches récentes l'un portant sur les caractéristiques des leaders dits « charismatiques » (Pavitt, 1999), l'autre renvoyant sur la médiation exercée par le leader. Le leadership se définit alors par : l'habileté à exprimer une représentation de la réalité, de manière à orienter l'action du groupe, l'habileté à décrypter les indices communicationnels propres à une variété de situations et à y réagir conséquemment (Barge et Hirokawa, 1989; Barge, 1996 ; Thayer, 1998 ; Weik, 1995)

⁵⁹ Schermerhorn J.,R., & Chappel, D.S., (2002) *Principes de management*, Village Mondial, Paris.

Toutefois, l'émergence ou le succès du leadership apparaît liée à une adéquation entre le leader, ses caractéristiques et comportements, et, le groupe et sa situation. Ainsi il n'y aurait pas de leaders en soi, mais des « *leaders situationnels* » (Mazlish, 1981). Dans cette approche les caractéristiques de la situation du groupe sont vues comme un facteur déterminant du leadership. Plusieurs modèles ont ainsi vu le jour : le modèle situationnel (Hersey et Blanchard, 1977, 1989), le modèle de la contingence (Fiedler, 1967, 1974, 1978), la théorie transactionnelle (Hollander, 1978, 1980).

Ces différents modèles bien que très intéressants restent plus prescriptifs qu'explicatifs et rendent difficilement compte de la complexité des liens entre les exigences de la situation et les habiletés des leaders potentiels ainsi que le processus par lequel les leaders s'adaptent aux groupes, à la situation et à leurs évolutions. (Cartwright et Zander, 1968 ; Rice et Kastenbaum, 1983).

2.2.3. Les leaders « humanistes » :

2.2.3.1. Leadership transactionnel, transformationnel

L'approche transactionnelle met l'accent sur les agents comme déterminant le leadership au sein du groupe en fonction de leurs perceptions de la situation, le groupe choisit en quelque sorte son leader en fonction de son adéquation aux règles et normes du groupe ou de l'organisation. Si cette approche développe une vision plutôt passive du leader, elle permet de mettre en évidence l'adéquation entre les comportements de leader potentiel et les normes du groupe.

Le modèle qui postule que le leader centré sur la tâche ou centré sur les relations (Hersey et Blanchard, 1989) doit s'adapter au degré de maturité des « suiveurs » est encore fortement présenté dans les différentes formations. L'émergence du leader serait alors déterminée par trois facteurs : la qualité de la relation entre le leader potentiel et les membres, la structure de la tâche ou la clarté avec laquelle les buts et les procédures sont définis, et enfin la possibilité du leader potentiel d'utiliser un système de récompenses ou de punitions pour stimuler les membres du groupe. Ainsi, un leader centré sur la tâche est plutôt profitable aux groupes ayant peu d'expertise ou aux groupes composés de personnes autonomes, tandis

qu'un leadership qui valorise la relation avec les subordonnés est plus approprié dans les situations intermédiaires (Friedler, 1978, Chemers, 1983)

Le paradigme du réseau social se distingue des précédents dans le sens où ici il s'agit d'analyser les liens entre les personnes et la structure émergeant de l'ensemble de ces liens. Dans ce contexte le réseau social correspond à l'ensemble des relations émergentes entre les personnes d'un groupe ou d'une organisation. On s'appuie, ici, sur le constat que les gens interagissent les uns avec les autres dans leurs efforts pour communiquer. Au fur et à mesure que ces interactions prennent place et se répètent, elles donnent naissance à des schèmes d'interactions (Mongeau et Tremblay, 2002) et à un réseau de relations (Saint-Charles et Mongeau 2004). L'analyse de réseaux consiste à identifier la structure du réseau créée par les communications interpersonnelles, puis à dégager la position des personnes dans ce réseau en regard de l'influence qui leur est reconnue. On a ainsi notamment dégagé qu'il existe une forte corrélation entre la position centrale d'une personne dans un réseau de communication et sa position sur l'échelle de l'influence perçue (Krackhardt et Brass 1992, 1994; Lazega, 1998; Saint-Charles, 1998, 2001). L'évolution de personnes vers plus de centralité dans le réseau de communication du groupe a un impact déterminant sur l'émergence du leadership, ou le fait d'être entre des gens qui ne sont pas reliés entre eux permettrait d'occuper une position d'intermédiaire et d'accroître ainsi son capital social.

Pour l'instant, peu de recherches ont été conduites sur cette base et en particulier sur l'identification des échanges et du leader potentiel et la mobilisation d'habiletés particulières pour prendre le leadership de manière effective au sein d'un réseau.

Les théories du leadership transformationnel et charismatique (Burns, 1978 ; Bass, 1985) associent l'émergence du leadership à un processus où leader et participants vont se dépasser sur la base d'émotions, d'intérêts communs ou de besoins d'actualisation de soi. Le leadership est un jeu de langage auquel les gens jouent sans nécessairement savoir qu'ils jouent. Le leader est celui qui sait raconter « l'histoire » qui donne un sens approprié à la situation du moins pour ceux et celles qui l'écoutent (Fairhurst et Sarr, 1996).

Cela peut être aussi relié au fait que le leader sait, dans sa communication, réduire la complexité du contexte social et informationnel, et/ou assurer un rôle de médiation entre les processus du groupe et son environnement (Weick 1969, 1995, 1978 ; Barge 1996, Thayer 1988).

Les quatre composantes du leadership transformationnel (Bass, 1999) sont :

- Une influence idéalisée proche du charisme; le leader présente, avec détermination et confiance, une vision qui peut être atteinte en travaillant avec des buts communs;
- Un leadership inspiré; le leader fixe des objectifs ambitieux pour une performance en équipe qui fait appel à leurs talents, le leader montre l'exemple;
- Une stimulation intellectuelle; le leader inspire, encourage les suiveurs à devenir plus innovants et créatifs ;
- Une considération individualisée ; le leader favorise le développement des suiveurs, les aide et les coaches.⁶⁰

Le leadership transformationnel ne s'oppose pas au leadership transactionnel mais en est plutôt complémentaire.

Ces modèles s'inscrivent dans un mouvement général qui tend à rendre compte du processus de co-construction de la réalité (Varela, 1993 ; Arrow et al 2000). Le leader s'attache à construire et à donner du sens tant au niveau des contenus qu'à celui des manières de communiquer, il semble aussi posséder des caractéristiques qui suscitent le dépassement de soi chez les membres du groupe... au risque d'une certaine béatification du leader.

2.2.3.2. Deux courants nouveaux et alternatifs : le « servant leadership » et le « leadership spirituel »

Dans la perspective que nous avons choisie et en lien avec « the care », deux modèles de leadership « humanistes » plus récemment pris en considération, nous intéressent particulièrement, il s'agit du « servant leadership » et du « leadership spirituel ».

Le terme de « servant leadership » attribué à Greenleaf, remonte à 1970 (Belet, 2013)⁶¹. Il s'oppose au modèle classique du leadership « héroïque », hiérarchique et bureaucratique. Depuis cette date, différentes expériences de terrain ont mis en pratique ce modèle en

⁶⁰ Cité par Voynnet Fourboul, C., « les valeurs du leadership spirituel », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet.

⁶¹ Belet , D., « le servant leadership : paradigme alternatif et efficace de management des hommes », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet

Europe et surtout aux Etats-Unis, dont la compagnie aérienne Southwest Airlines et plus récemment Nayar, le dirigeant de la Société indienne d'informatique HCL Technologies.

Il s'agit ici de passer d'une logique classique d'autorité et contrôle des subordonnés à une attitude d'écoute, de service, de soutien dans un contexte de forte responsabilisation de tous les acteurs (Dierendonck & Patterson, 2010)⁶². Ainsi ce paradigme de leadership semble à la fois alternatif, innovant et humaniste.

Selon Greenleaf, le « servant leadership » se différencie à la fois dans sa manière d'agir et dans ses principes d'actions ; ce que nous reprenons dans le tableau ci-après.

⁶² Cité par Belet, D., op.cit.

Tableau n°4: « servant leadership » manière d’agir et principes d’actions

« SERVANT LEADERSHIP »	
Sa manière d’agir	Ses principes d’actions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecoute de manière attentive ses collaborateurs pour comprendre leurs idées, leurs besoins ▪ Agit de manière réfléchie pour aider à la recherche d’un consensus créatif ▪ Essaie de trouver un équilibre entre des points de vue différents voire opposés ▪ S’élève au-dessus de simples compromis afin de trouver une solution perçue comme juste, pertinente et compréhensible par le plus grand nombre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir les informations essentielles pour une compréhension complète de la mission de l’organisation par tous les collaborateurs ▪ Construire une réelle vision partagée avec le plus grand nombre de collaborateurs quant au projet stratégique et à ses implications opérationnelles ▪ S’autocontrôler quelles que soient les circonstances afin d’agir toujours de manière éthique ▪ Encourager et favoriser les relations de coopération entre les différents acteurs de l’organisation en soulignant leur interdépendance selon une vue systémique ▪ Apprendre des erreurs et développer une culture managériale d’apprentissage à tous les niveaux et de façon permanente ▪ Encourager de toutes les façons possibles les contributions créatives de tous les acteurs ▪ Avoir un rôle exemplaire au niveau des attitudes et comportements professionnels en cohérence avec cette philosophie managériale de service ▪ Attacher une importance essentielle à la construction et au maintien d’un climat de confiance entre tous les acteurs internes et les partenaires externes, par une transparence de l’information, le dialogue et la coopération ▪ Adopter un esprit d’humilité, de simplicité, d’écoute et de service envers toutes les personnes de l’organisation, afin de faciliter leurs tâches

Une autre théorie émergente du leadership est celle du « leadership spirituel ». Ce leadership interroge l'équilibre entre différentes formes de leadership pour permettre au leader de développer des compétences sur différents niveaux. Il est alors capable, tout aussi bien, de gérer des situations d'urgence, savoir se lier avec tout un chacun, construire des systèmes de processus efficaces, responsabiliser des personnes, être digne de confiance, susciter une vision qui inspire, coopérer avec les autres, avoir de la compassion et cultiver la sagesse. (Voynnet Fourboul, 2013)⁶³.

Dans ce modèle, le leader s'efforce de développer des valeurs qui transcendent son égo. Il valorise les personnes, les écoute et met en avant les besoins des autres avant les siens. Il se rapproche en cela du modèle du « servant leadership », et de « l'éthique du *care* » que nous présentons plus loin.

Il nous semble important de remarquer que ces modèles de leadership ne mettent pas en exergue des caractéristiques innées de la personne, voire des compétences acquises, mais plutôt un travail de développement personnel continu qui concerne les dimensions identitaires aussi bien sur le plan professionnel, qu'émotionnel, mental, psychique et spirituel.

⁶³ Voynnet Fourboul, C., « Les valeurs du leadership spirituel », », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet.

Tableau n° 5 : Différents modèles de leadership (Baley, 2002)⁶⁴

Leadership classique	Leadership transactionnel	Leadership transformationnel	Leadership spirituel
Commandement, urgence	Récompense contingente	Une influence idéalisée	Valoriser les enjeux personnels des autres
Domination	Transaction constructive	Un leadership inspiré	Reconnaître la dignité de chacun
Contrôle des ressources	Management par l'exception	Une stimulation intellectuelle	Réconcilier les aspects privés et professionnels
Dissymétrie des compétences	Actif et passif	Une considération individualisée	Aider les autres à fournir davantage
	Transaction corrective		Rêver et faire rêver

2.2.4. Vers le leadership collectif

En rupture avec les approches d'un leadership incarné par une personne, se développent, ces dernières années, des travaux qui mettent en avant le caractère collectif, voire communautaire du leadership parlant de leadership partagé et distribué (Bolden, 2011) ou encore de de « *communityship* » (Mintzberg, 2008).

L'évolution des organisations et de leur fonctionnement vers plus de transversalité, vers des décentralisations et des formes en réseau, réinterroge un leadership centré sur une ou

⁶⁴ Cité par Voynnet Fourboule, C., op. cit.

quelques personnes. Ainsi, le leadership ne concernerait pas uniquement le « top management » mais les différents niveaux d'encadrement jusqu'aux managers de proximité. (Vernazobres, 2013)⁶⁵.

Le leadership partagé est défini comme « *un processus dynamique et interactif d'influence entre les individus dans un groupe, dont l'objectif est de conduire à la réalisation des objectifs, à la fois individuels et du groupe ...ce processus implique à certains moments l'influence entre pairs ou latéraux, et à d'autres moments l'influence de personnes situées au-dessus ou en dessous dans la hiérarchie* » (Pearce & Conger, 2003).⁶⁶

Est considéré alors le potentiel de leadership de chaque personne, sa capacité à exprimer ses opinions, sa vision personnelle, son propre système de valeurs, son engagement dans l'action. La mise en place des conditions favorables aux contacts et aux échanges de points de vue est réalisée.

Cette vision d'un leadership partagé nous semble intéressante pour la nouvelle organisation polaire qui se met en place à l'hôpital. Le leadership partagé peut-il être un modèle adapté à un système organisationnel réputé pour sa tendance aux cloisonnements et aux conflits de pouvoir, comme peut l'être l'hôpital ?

L'approfondissement des concepts de gouvernance, de management et de leadership nous ont permis de mieux comprendre à quel point tenter d'intégrer le Nouveau Management Public à l'hôpital est une réelle mutation pour cette institution habituée à un fonctionnement bureaucratique. Or, le Nouveau Management Public en voulant calquer les méthodes et outils de l'entreprise privée, sans tenir compte des spécificités culturelles de l'hôpital, sans attention particulière à la spécificité des soins et de la relation de soin, peut à la fois être délétère et provoquer un rejet en bloc de la part des professionnels.

La recherche de l'efficience à l'hôpital, voire de la performance, ne peut se faire sans une réelle réflexion plus générale sur la santé, sur les soins à la personne (et pas uniquement sur « une offre de soins » générale pouvant être dépersonnalisée) et sur la population bénéficiaire de ces soins. La raison d'être de l'hôpital évolue, après trois décennies de

⁶⁵ Vernazobres, P., 2013, « Tous leaders ? Quels leaders ? Evolution des théories du leadership et pratiques des grandes entreprises », Actes Colloque GRT leadership : Enjeux et mutations, Montpellier, 5 juillet

⁶⁶ Cité par Vernazobres, P., op.cit.

vocation première à traiter des phases aiguës, il a à s'adapter à une population d'utilisateurs de plus en plus âgée présentant des pathologies chroniques. Cette population souhaite aussi être plus informée et est capable de chercher, sur internet, dans les forums, des informations sur l'hôpital et/ou le service où elle est (ou doit être) hospitalisée. Ainsi, une évolution importante se joue au sein de la relation de soins, que la recherche de rationalisation du modèle NMP aura du mal à transformer en indicateurs de performance.

La démarche de rationalisation des processus organisationnels, si elle est nécessaire n'est pas suffisante pour transformer l'hôpital et lui permettre d'évoluer vers des changements qui permettraient d'atteindre une résilience de type II.

Il est important que l'éthique, qui déjà prend une place relativement importante dans certaines situations de soins, investisse le champ des relations interprofessionnelles. Le balayage du concept de leadership que nous venons de faire, nous incite à penser que le management hospitalier peut s'enrichir du développement d'un « *leadership partagé* ». Favoriser l'émergence de leadership aux différents niveaux hiérarchiques, mais aussi dans les équipes autour d'experts qui peuvent transmettre leurs compétences peut contribuer à rendre l'hôpital dynamique et innovant.

En cohérence, voire en congruence avec la mission propre de tout hôpital, le leadership à l'hôpital se doit de s'approcher des modèles « humanistes ». Plutôt que de privilégier un de ces modèles tels que le leadership transformationnel, le « servant leadership » ou le leadership spirituel, nous nous interrogeons sur la viabilité et le bien-fondé d'un système organisationnel où ces différents modèles pourraient vivre et être développés. Un directeur général charismatique, un cadre de proximité « servant leadership », un médecin au fort leadership clinique... Dans le cadre de notre étude terrain, nous serons attentifs, lors de l'analyse des représentations, à repérer si plusieurs leaderships différents pourraient coexister dans le cadre d'un leadership partagé.

Pour aller plus loin dans l'élaboration théorique, il nous est nécessaire d'investir le champ conceptuel de l'éthique, pour affiner quelle place elle peut prendre dans le processus managérial et la posture du manager, ainsi que sa valeur ajoutée.

3. L'éthique managériale à l'hôpital

3.1. Approche générale : de la morale à l'éthique

3.1.1. La morale

A l'origine, éthique et morale sont deux termes identiques puisqu'ils désignent l'un et l'autre ce qui concerne les mœurs, ce qui relève des règles qui guident nos actions, éthique venant du grec *éthos* et morale du latin *mores*.

Cependant avec le temps, ces termes se sont distingués l'un de l'autre et la morale en est venue à désigner plutôt une doctrine de l'action fondée sur un système de valeurs posées comme des normes absolues définissant le bien et le mal. La morale s'est élaborée au début de la modernité, au XVIII^{ème} siècle et est générale, universelle, applicable en tout lieu et en tout temps.

Aujourd'hui la référence à la morale est faiblement valorisée alors que l'éthique semble plus sollicitée : « *réserver le terme éthique pour tout questionnement qui précède l'introduction de l'idée de loi morale et de désigner par morale tout ce qui, dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des lois, des normes, des impératifs* » (Ricoeur, 1988). Les grandes leçons de morale ne fonctionnent plus, on quitte ce qu'on a appelé la modernité. Il est nécessaire d'accueillir le non rationnel de l'Autre. Le contrat avec sa notion de longue durée a laissé la place au pacte, qui s'institue dans une courte durée et est plus émotionnel, mais plus adapté à un ajustement ponctuel et avec différentes communautés. Dans ce cadre-là « l'écophilosophie » (sagesse de la maison commune) prendrait la place de la politique (M. Maffesoli, 2011).

La morale présente donc un certain caractère statique et dogmatique. Et si « *le difficile avec la morale, c'est qu'on ne peut ni s'en passer ni s'en contenter* » (A. Comte-Sponville, 2010), en quoi est-elle indispensable et en quoi l'éthique se différencie-t-elle de la morale, ou n'est-ce qu'un changement de « mot », un effet de mode ?

L'éthique, propose une réflexion sur les comportements humains, sur les systèmes de normes et de valeurs implicites véhiculées par ces comportements notamment dans leurs interactions avec autrui. « *Le terme "éthique" renvoie à des règles pour la conduite*

humaine ; un “système éthique” est simplement un système de telles règles, habituellement associées à une école particulière, philosophique ou religieuse, à un groupe professionnel ou à une culture » (Jérôme.H.Barkow 2012)

3.1.2. L'éthique

L'éthique pour les grecs est une recherche du Souverain Bien, recherche du bonheur et de la vertu. « *Ethos* » c'est le ciment, le lien. L'éthique possède donc un effet plus dynamique et plus réflexif. Elle est un mouvement de retour de la conscience sur elle-même pour tenter de définir, de la manière la plus adéquate, ce que doit être pour chacun son rapport à l'autre.

Le bonheur n'est pas le résultat d'une augmentation de notre avoir, pour Aristote et les stoïciens c'est la transformation intérieure, la transformation de notre être, le chemin parcouru pour surmonter nos insuffisances morales qui conduit au bonheur. Le bonheur est une transformation de notre être grâce à une pratique éthique assidue. L'éthique en rendant l'homme meilleur lui apporte sérénité et bien être. En tant que réflexion sur la manière dont nous devons agir pour réaliser des fins qui soient en adéquation avec ce que nous devons être, l'éthique est donc avant tout une discipline philosophique, au sens où la philosophie est, comme son étymologie nous l'indique, amour de la sagesse, amour d'une connaissance qui est porteuse d'une certaine forme de vertu, ou du moins sa quête.

Les différentes théories - que nous reprendrons, du moins pour certaines et de manière très synthétique - semble s'accorder sur un fait, les normes éthiques sont un besoin : « *...une nécessité naturelle des sociétés humaines, qui ont, comme les autres, besoin de règles, mais qui ont en outre besoin de justifications rationnelles de ces règles, pour pouvoir les accepter. Que la règle soit efficace ne nous suffit pas. Les hommes ont besoin de savoir si la règle qu'ils suivent est légitime.* » (Changeux, 2007)

L'éthique est alors indissociable du développement humain et donc à un niveau individuel, du développement personnel : « *Sens d'une réflexion profonde sur les principes généraux qui guident l'action humaine* » (Lenoir, 1992)⁶⁸ .

⁶⁸ Cité par Rameix, S. op.cit.

Il y a une vingtaine d'années, la formation continue à l'hôpital offrait aux soignants, à côté de formations centrées sur l'acquisition ou le développement de compétences spécifiques des formations dites de « développement personnel » (gestion du stress, techniques psychocorporelles, communication...). Aujourd'hui, la recherche d'optimisation du budget formation, assujettit le plan formation à des axes institutionnels. Pour certains CHU et hôpitaux, les formations assimilées à des formations de développement personnel sont proposées dans le cadre du DIF (Droit Individuel de Formation). Ceci peut laisser supposer qu'elles ne sont plus reconnues aujourd'hui comme d'un intérêt majeur. La compétence prend le pas, laissant parfois de côté la dimension « savoir-être », tout autant essentielle, dans les métiers du soin et du social. Or à l'instar de Ostad Elahi, ne pouvons-nous penser que « *devenir savant comme c'est facile, devenir humain comme c'est difficile !* ». La réforme morale doit développer deux caractéristiques fondamentales chez tout être humain : l'auto examen permanent et l'aptitude à la compréhension d'autrui. (E. Morin, 2011)⁶⁹.

Réfléchir sur le jugement moral, amène à poser la question la plus radicale : qu'est-ce que l'homme ? La réponse conditionne les jugements et choix éthiques. Toute réflexion qui ferait l'économie de cette question et éventuellement de ses apories ne pourrait se construire. (Rameix, 2007).⁷⁰

L'éthique renvoie à une dynamique personnelle, une préoccupation globale, créative de donner sens à ce que l'on fait, un choix en regard de valeurs, un agir, comportement en conformité avec ces mêmes valeurs.

L'éthique n'a jamais le caractère d'une évidence première (Etchegoyen 1991)⁷¹. La morale fait peur, l'éthique est étreinte (Serres, 2009)⁷². Toutefois, au-delà de ces réflexions, nous retrouvons donc ici un lien évident avec la posture du manager qui peut donner du sens avec ou par l'éthique. L'éthique, en effet, pose un ensemble de règles de conduite, des valeurs adoptées librement par un individu ou des valeurs de référence qui donnent un sens à l'action.

Elle concerne les questions concernant le bien qui doit déterminer la conduite et l'action de l'homme. En conséquence l'éthique est donc l'exercice même de la réflexion par laquelle un sujet moral se constitue, elle n'est pas la connaissance d'un objet extérieur à un sujet, elle

⁶⁹ Morin, E., (2011), *Pour l'avenir de l'humanité*, La Voie, Fayard ; Paris

⁷⁰ Op.cit.

⁷¹ Etchegoyen, A., (1991) *La valse des éthiques*, Éd. François Bourin Paris

⁷² Serres, M., (2009) *Temps des crises*, Ed. Le Pommier, Paris.

n'est pas la connaissance du sujet lui-même s'observant et s'étudiant comme un objet, mais la démarche par laquelle le sujet se constitue comme sujet dans son rapport à autrui et dans son rapport à l'humanité.

L'éthique cela peut être se donner à l'autre, être responsable pour ou devant l'autre et donc une éthique oblatrice (Lévinas); elle peut aussi appréhender l'autre comme responsable, l'autre considéré comme quelqu'un qui peut penser à moi comme « un Autre ». L'attitude éthique serait donc le chemin suivi par l'homme pour devenir plus humain qu'il n'est. L'humanité étant alors considérée comme un aboutissement vers lequel on tend.

La démarche éthique a pour fonction de définir les fondements d'un agir et d'une vie, qui questionnent : le bien et le mal, le bon et le mauvais, le juste et l'injuste, le vrai et le faux, ainsi que la justice, l'équité et l'intégrité.

Elle a donc pour objectif général d'interroger les systèmes de valeurs en usage.

3.1.3. Position téléologique et déontologique dans les dilemmes éthiques

Face aux conflits de valeurs, aux dilemmes éthiques, deux positionnements fondamentaux sont classiquement décrits, la position téléologique et la position déontologique.

Pour la téléologie, du grec *télos*, le but, la finalité, la fin, l'action morale a pour but la réalisation du « Bien ». La valeur morale prend en compte les conséquences prévisibles de l'acte.

Déontologie, vient du grec *déontos*, ce qui doit être, par opposition à *ontos*, ce qui est. Pour le déontologue, il s'agit de considérer comme morale, l'action qui est faite par devoir, par respect de principes qui sont intangibles, sans considération des conséquences prévisibles ou non de l'action. Nous reprenons dans le tableau ci-après les caractéristiques de ces deux positions. (S. Rameix, 2007)

Tableau n° 6 : Caractéristiques de la position téléologique et déontologique

	Téléologique	Déontologique
Etymologie	Télos : but, finalité, fin	Déontos : ce qui doit être, par opposition à <i>ontos</i> , ce qui est
Sens et objet	L'action morale a pour but la réalisation du Bien Recherche des conséquences prévisibles de l'acte, le bien atteint par cette conduite	L'action morale est celle qui est faite par devoir, par respect de principes non remis en question, sans considération des conséquences prévisibles ou non de l'action. S'appuie sur certains grands principes fermes, définis, universels et intemporels qui tirent leur valeur de leur intemporalité de leur universalité. On est dans le « Juste », pensée de l'absolu, de l'universel, du droit.
Question posée	Quel est le meilleur état du monde possible ?	Où est mon devoir ?
Limites et risques	Dans une version moderne extrême, peut prendre une forme utilitariste, recherche du Bien maximum pour un maximum d'individus. Pour atteindre le Bien tout est-il permis ? une fin bonne justifie-t-elle tous les moyens ? Qu'avons-nous le droit de faire et jusqu'où ?	Le moindre mal ne peut jamais être un Bien La valeur fondatrice du principe s'effondre si l'on fait des exceptions dans les cas difficiles.

Le préambule de la Constitution (1946) est un texte déontologique, qui énonce les « droits-créances » du citoyen à l'égard de l'Etat en raison de la justice sociale et du bien-être. On retrouve, dans ce texte fondamental de notre démocratie, la double orientation du Juste et du Bien. Des principes qui mettent l'accent sur la liberté et l'égalité formelle et en même temps

la volonté d'être attentif à ce que les conséquences puissent être jugées bonnes en recherchant l'égalité concrète et la fraternité.

Mais cette conciliation nécessaire du bien et du juste, des conséquences et des principes, du téléologique et du déontologique ne reste-t-elle pas une aspiration utopique ?

« Il nous semble que tout conflit de la vie politique, sociale, syndicale, oppose ceux qui se fondent sur les principes et font prévaloir le juste et ceux qui regardent les conséquences et font prévaloir le bien. Il faut se demander si la démocratie ne consiste pas à admettre ce conflit... Nous sommes responsables, en tant que citoyens d'une démocratie de la préservation conflictuelle et de la valeur sacrée de la personne dans sa liberté et de la légitime recherche du bien –être des citoyens » (Rameix, 2007)

3.2. L'éthique appliquée à l'hôpital

L'éthique, aujourd'hui, se décline en éthiques appliquées. La bioéthique est née avec les évolutions fulgurantes des possibles en matière de génétique, mais aussi grâce aux nouvelles technologies médicales. Pratique critique, interrogation constante, sur ce qui est, sur les actes posés, sur le sens des projets et des objectifs, sur des choix, des décisions, elle a aussi toute sa place dans le management pour orienter et développer celui-ci dans le maintien ou la promotion des valeurs humanistes.

Se poser la question de l'éthique, de manière générale, c'est avant tout se poser la question : quelle humanité voulons-nous être ? A l'hôpital, c'est donc questionner la place que l'on veut encore donner à l'humanité, en accord et au-delà de ce que promulgue le Code de la santé publique (art L110.1)⁷³.

Pendant les premiers siècles et quasiment jusqu'à nos jours, l'hôpital a accueilli, soutenu, donné des soins à l'homme souffrant et au mourant, sans bien savoir et pouvoir agir sur

⁷³ « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer, la continuité des soins la meilleure sécurité sanitaire possible »

l'origine de son mal et/ou de sa mort. La biologie, et toutes les sciences qui s'y associent (bactériologie, virologie, génétique...), les découvertes biochimiques et chimiques (pharmacologiques) ont au XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, on fait faire à la médecine des avancées extraordinaires. A ces progrès, pour non plus soigner mais traiter et souvent guérir, vont s'associer les progrès techniques et technologiques qui vont transformer la démarche diagnostique et ouvrir des portes extraordinaires à la chirurgie. Le diagnostic médical, de clinique (au sens étymologique au lit du malade) va de plus en plus s'adresser et reposer sur ces nouvelles technologies : radiologies, scanner, IRM, endoscopies...

Quel lien avec « l'humanité de l'homme » ? Ce basculement du côté de la démarche scientifique, fait que l'homme, l'homme malade ou potentiellement malade, devient objet plus que sujet. Il n'est plus autrui. La médecine par essence même est une démarche éthique, son objet étant autrui, son mobile la pitié, la compassion, l'aide face à la souffrance d'autrui, sa finalité permettre à autrui de recouvrer la santé physique et psychique, le complet bien-être physique, psychologique et sociologique (définition de la santé par l'OMS)⁷⁴ Paracelse, le grand médecin de la Renaissance, fera graver sur sa tombe : « *Toute médecine est amour* ».

Or, dès la fin du XX^{ème} siècle la question de l'éthique médicale s'est posée. Cinq raisons majeures semblent être à l'origine de cette introduction de l'éthique au sein de la médecine : l'évolution de la pensée occidentale, l'introduction de la pensée « instrumentale », les expérimentations permises par le nazisme, l'évolution de la médecine, la spécificité des problèmes posés par la médecine et la biologie contemporaines (Rameix, 2007). Nous reprenons et explicitons ces cinq dimensions, dans un document, placé en annexe (annexe 1 p. 10)

L'éthique se rapporte à des principes qui concernent la manière dont les êtres humains devraient se traiter les uns les autres. Ainsi donc on peut dire que tous les principes éthiques sont des normes, mais toutes les normes ne sont pas des principes éthiques. Porter un costume noir lors d'une soirée est un exemple de norme, mais pas un principe éthique, alors que, ne pas escroquer ses clients est une norme et un principe éthique (Jérôme.H.Barkow 2012).

⁷⁴ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.

Le concept de « norme » se rapporte aux règles du comportement humain en général. On peut différencier deux types de normes, les « normes obligatoires » et les normes facultatives. Les premières sont étroitement liées à la santé biologique, on les suit sans faire d'écart et sans réfléchir. Leur violation entraîne répugnance, rejet. Les « normes « facultatives », en regard d'une appréciation bénéfiques/ risques, peuvent être respectées ou pas. L'adhésion sélective aux règles facultatives peut être alors le fait de raisons stratégiques, en particulier dans une perspective d'influencer les impressions que l'on donne ou veut donner de soi à autrui. Une caractérisation de ces normes facultatives peut se faire en envisageant leur degré de caractère facultatif. Ainsi, on pourrait les repérer sur un continuum, où on retrouverait des règles ayant un faible degré de caractère facultatif (donc se rapprochant des « normes obligatoires ») vers des règles ayant un fort caractère facultatif (donc très faiblement respectées). Ces normes facultatives concernent la conservation de l'honneur, de l'identité sociale et de l'adhésion au groupe. L'honneur est lié au fait que l'on soit ou non digne d'être membre d'une catégorie particulière de statut ou d'identité sociale. Plus la société est complexe, plus sont nombreux les statuts sociaux que l'on occupe. *« L'adhésion, réelle ou feinte, à des ensembles de normes particulières est un moyen important pour communiquer aux autres les statuts et les identités sociales que nous revendiquons comme nôtres. Les individus comme les groupes usent de cette adhésion – manifestée par la parole et par le comportement – à l'éthique et à d'autres normes, pour communiquer l'identité sociale.....Les médecins et les juristes ont des codes d'éthique et un honneur professionnels »* (Barkow, 2012)

Dans une institution telle que l'hôpital, où se retrouvent à travailler ensemble des professionnels appartenant à des « mondes » très différents (médecins, gestionnaires/administratifs, paramédicaux...) et donc portés par des valeurs différentes, nous pourrions formuler l'hypothèse qu'une norme à très faible degré de caractère facultatif pour un corps professionnel des gestionnaires et administratifs peut être une norme à très fort caractère facultatif pour le corps professionnel médecins.

Pourrions-nous, à travers nos entretiens, formuler des hypothèses sur ces écarts de représentations d'une norme, en fonction de la position hiérarchique et/ou « le monde » d'appartenance ?

3.3. L'éthique d'entreprise, l'éthique managériale

La question de l'éthique dans le nouveau management ne s'est posée qu'à partir des années 1980-1990. Elle n'est pas due au hasard mais aux nécessités, à l'évolution des modes de pensée, dans un contexte de crises financières et d'apparition de certains scandales tels que ceux ayant concerné les entreprises Enron, BCCI ou Maxwell. L'éthique des affaires ou l'éthique d'entreprise à côté de la recherche de l'efficacité et de l'efficience obligerait à prendre en considération le bon et le mauvais, le juste et l'injuste. L'éthique d'entreprise aurait trois types d'objet, l'individu/personne, la communauté humaine et la relation de l'entreprise avec la société. Pour ce qui concerne l'individu (la personne au sein de l'entreprise), il s'agit d'une approche personnelle où on s'intéressera aux situations problématiques qu'il rencontre et aux décisions le concernant. Relativement à l'entreprise appréhendée comme une communauté humaine, il s'agit d'une attention portée sur la structure et ses modes d'organisation afin de repérer en quoi ils contribuent à développer un bon climat éthique. Enfin, le troisième objet, considéré par l'éthique des affaires, concerne la relation entre l'entreprise et la société, avec une approche définie comme responsabilité sociétale (Anquetil, 2008)

Comte Sponville, plutôt que parler d'éthique d'entreprise préfère distinguer quatre ordres de domaines, ou ordres d'idées, à délimiter entre eux : l'ordre économique, technique et scientifique, l'ordre politique et juridique, l'ordre de la morale et l'ordre de l'amour. L'ordre économique, technique et scientifique, interroge les possibles dans ce domaine (manipulations génétiques, économie de marché) et fixe des limites de l'extérieur. Celles-ci ne peuvent se poser d'elles-mêmes. Le domaine du politique et juridique est aussi incapable de se limiter, se contenter de respecter scrupuleusement la loi de son pays ne suffit pas à être bon et juste et la raison collective peut amener un peuple à prendre des mesures anti-démocratiques. Le domaine qui peut venir limiter celui du politique et juridique serait celui de la morale, la morale n'a pas de limite en soi mais elle n'est pas suffisante en soi s'il lui manque la dimension d'amour. L'ordre de l'amour complète l'ordre de la morale. « *L'ordre de l'éthique, l'ordre de l'amour, qui ne limite pas l'ordre de la morale, mais le complète,*

l'ouvre par en haut. J'appelle morale ce qu'on fait par devoir, et éthique ce qu'on fait par amour. » (Compte Sponville, 2004)⁷⁵

Toutefois, à l'intérieur de l'entreprise, si l'éthique est prise comme un art de diriger sa conduite et/ou son comportement, elle va entretenir un lien étroit avec la culture de l'entreprise. La culture, système de représentations et de valeurs partagées par l'ensemble de son personnel, se trouve alors en amont de toute démarche d'éthique. L'introduction de la dimension éthique participe à la construction ou à l'évolution de l'identité de l'entreprise. La présence ou l'absence d'éthique dans le management et dans l'attitude et comportements des managers, est à la fois influencée par la culture et participe en même temps à déterminer de manière culturelle l'abord des problèmes éthiques.

« L'éthique est donc la partie explicitée de la culture qui concerne les règles du jeu relationnel entre acteurs et les valeurs qui vont présider au jeu de ces relations... Comme la culture, l'éthique s'éloigne de la rationalité pour s'appuyer sur les bienfaits du souci de la communauté et du respect des normes. On s'éloigne alors de la vision néoclassique de la firme qui faisait de la recherche du profit le seul objectif à atteindre. L'entreprise ne se réduit pas à sa fonction première de produire et de vendre des biens et services à des clients mais elle est aussi le principe de rassemblement d'un groupe humain dont le fonctionnement est complexe » (Mercier, 1997).⁷⁶

Trois éléments essentiels assurent l'évolution vers une forte culture éthique : la sélection, la socialisation et la formation. (Northcraft et Neale, 1990).⁷⁷ La sélection y participe en intégrant des agents dont les valeurs sont en accord avec celles de l'entreprise ou de l'institution. La socialisation promeut des processus de transmission des buts et des normes de l'organisation. In fine, le choix de formations, portant sur les notions de valeurs, contribue à renforcer une culture éthique.

Ainsi, l'éthique managériale peut être considérée comme un « guide » de l'attitude et des comportements managériaux, pouvant être plus ou moins explicite, formel ou informel. Elle prend appui sur les managers qui la font vivre par la manière dont ils se comportent individuellement dans le cadre de leur fonction.

⁷⁵ Comte Sponville, A., (2004), *Le capitalisme est-il moral*, Albin Michel

⁷⁶ Mercier, S., 1997, une contribution à la politique de formalisation de l'éthique dans les grandes entreprises, thèse en gestion, sous la direction de Bernard Montrillon, Paris 9

⁷⁷ Cité par Mercier S., op. cit.

A partir des travaux réalisés par Kaptein (2003) on distingue les caractéristiques personnelles du dirigeant et les valeurs qu'il incarne d'une part, et la manière dont le manager dirige ses salariés (Hirèche, 2004).⁷⁸ Ainsi le manager éthique présenterait trois caractéristiques. Il est authentique et perçoit ses limites, ses idéaux, ses valeurs ; il est fiable et respecte ses engagements ; il est constructif et cherche à créer de la valeur sur les plans économique, écologique et social. Trois critères permettent alors d'évaluer le management éthique : un management soft, basé sur la confiance, un management protecteur avec des demandes réalistes et des règles claires ; un management fort qui sait faire respecter la discipline et sanctionner les comportements non éthiques (Hirèche 2004).⁷⁹

Dans la manière de traiter ses salariés, il est remarquable, selon Whitener (1998) par la qualité de la communication, il informe et est ouvert à l'échange ; il a le souci du bien-être des employés ; il a le sens du partage et de la délégation du pouvoir.

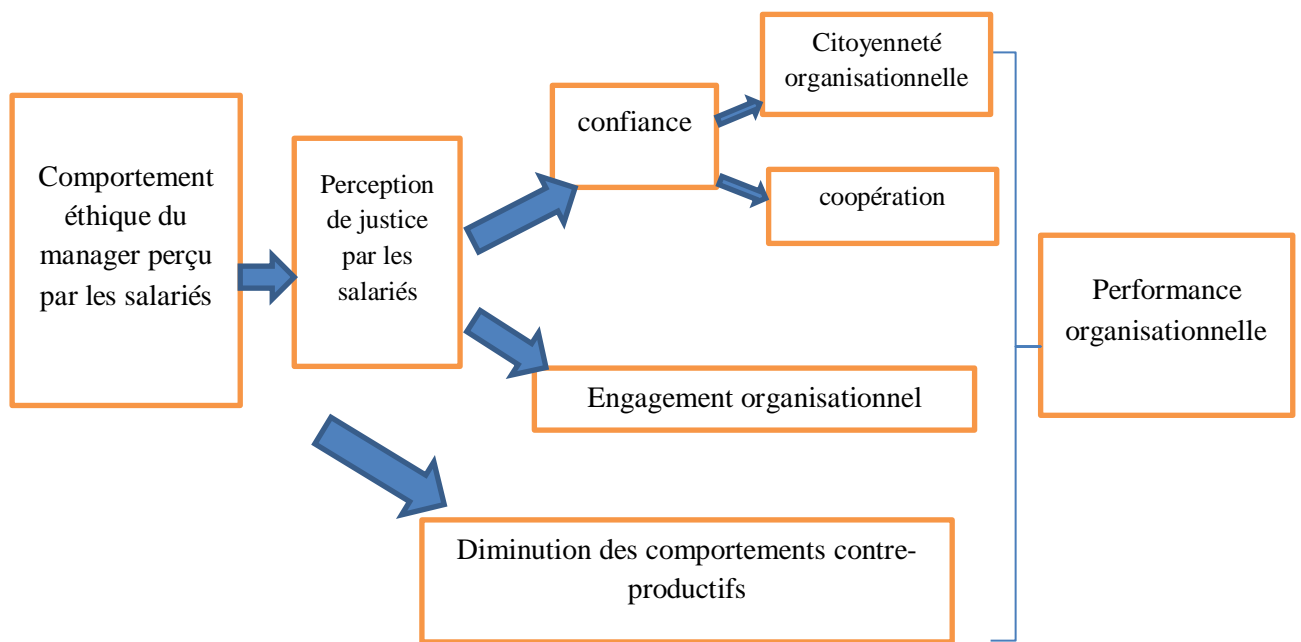
Il nous semble important de prendre en considération l'impact de l'éthique managériale sur les relations interprofessionnelles et sur les comportements des agents. Les leaders qui se comportent de façon éthique donnent le sentiment, à leurs subordonnés, que ces derniers sont traités avec justice. Ceci stimule l'engagement organisationnel et la confiance vis-à-vis du leader, favorise la coopération, augmentant, en conséquence, la performance de l'entreprise. D'autre part le comportement éthique des managers influence favorablement la conduite des salariés réduisant les comportements déviants et contre productifs. Ainsi au regard d'une revue de littérature le modèle conceptuel peut se schématiser de la manière suivante (Hirèche, 2004).⁸⁰

⁷⁸ Cité par Hirèche, L., (2004), L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel, <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00156106>

⁷⁹ Op.cit.

⁸⁰ Op.cit.

Schéma n° 4: Influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle, Hirèche L.



3.4. L'éthique du « *care* »

3.4.1. *The care* comme valeur dans les soins

Marie-Françoise Collière, écrivait, il y a plus de quarante ans : « *que reste-t-il du sens originel des soins dont le but premier est de participer à tout ce qui peut promouvoir et développer ce qui fait vivre les personnes et les groupes ?* ». Dans sa réponse elle constatait une différence de nature entre les soins qui ont pour but d'assurer la vie quotidienne, et ceux qui se centrent sur la maladie, souvent prodigués rajoutait-elle « *en excluant celui qui la vit* ». Elle signalait que le vocabulaire anglais, plus riche que la langue française par rapport à la notion de soins, a retenu deux types de soins de nature différente :

- Les soins coutumiers et habituels : *care* liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie, de « *to care* » : prendre soin de, avoir soin de. « *To care* », c'est chercher à satisfaire au bien-être de la personne d'un point de vue physique, psychologique, social et spirituel. Ce terme est difficile à traduire en français car il recouvre différentes notions telles que : sollicitude, soin, attention, responsabilité, compassion, souci de l'autre.
- Les soins de réparation : *cure*, (qui vient du latin *cura*) liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie. Il correspond à un ensemble de moyens dont la visée est essentiellement thérapeutique, d'où l'adjectif « curatif ». « *To cure* », c'est curer (curetage), réséquer, traiter en ôtant le mal (Svandra, 2009).⁸¹

Hesbeen développe la nécessaire « *attention particulière portée aux personnes ayant recours au système de soins* » et le « *prendre soin* »⁸². Parce que la personne dans la maladie est et sera toujours dans l'attente de cette attention toute particulière portée à sa situation singulière, il convient et il conviendra toujours de « *reclarifier la mission soin et de repenser la logique gestionnaire et les modalités organisationnelles qui en découlent, afin que, celles-*

⁸¹ Svandra, P., 2009, *Eloge du soin, une éthique au cœur de la vie*, Seli arslan, p. 17

⁸² Hesbeen, W., (1997), *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterEditions, Masson, Paris

ci, compte tenu des contraintes qu'elles rencontrent, soient appropriées à cette finalité soignante et apparaissent comme aidantes, comme facilitantes dans la pratique quotidienne des métiers soignants ». Le soin relève de « *l'attention* », du fait d'être attentif à l'autre, mais aussi à soi-même, dans une intention de « *prendre soin* » ou de « *faire avec soin* » (Hesbeen, 1997)⁸³

Nous soulignons également qu'il est ou était de tradition de parler de « vocation » pour justifier le choix du métier de soignant (médical ou non médical). L'exercice d'un « métier vocation » se caractérise par la passion, qui est présente, dans le choix et l'exercice du métier. Cette passion est certainement un trait de l'identité et de la forme d'engagement dans le travail que les professionnels manifestent dans l'organisation. (Merdji, Naulleau, 2012).⁸⁴ Cette passion nourrit le sentiment individuel, d'utilité, de don de soi et de réalisation, des professionnels. Elle correspond à une certaine éthique « d'être au service de ». En même temps elle vient répondre aux besoins des patients de recevoir de l'attention, du soutien, voire de se sentir portés ou maternés. Enfin, elle va dans le sens d'une institution qui souhaite, avant tout offrir un service d'accueil de qualité. Dans cette dynamique de « métier-vocation-passion », on peut dire qu'il se forme une boucle rétroactive où le « *care about* » mobilisé par le soignant lui revient en « *care receiving* » à la fois des personnes soignées et de l'institution. Ce « *care receiving* » est une forme de reconnaissance symbolique importante pour le professionnel. Or, on peut interroger dans quelles mesures la volonté de rationaliser les soins, mais aussi les compétences professionnelles, ne met pas à mal, cette part de subjectivité, de don et d'art des métiers soignants, amputant dans le même temps les professionnels d'une reconnaissance vitale. (Brugère, 2011)⁸⁵

Il y a quatre états dans le care : on se soucie des personnes, on s'occupe d'elles, on en prend soin (on les soigne si nécessaire) et on reçoit d'elles en contrepartie. Pour chacune de ces dimensions morales, la langue anglaise propose une expression spécifique: au fait de se soucier de quelqu'un ou de quelque chose correspond le « *caring about* »; prendre soin de quelqu'un est le « *caring for* », le « *care giving* » signifie soigner quelqu'un ; enfin pour

⁸³ Op.Cit. p ; 7

⁸⁴ Merdji, M., Naulleau, M., 2012, *Qui du Sujet ou de l'Acteur, faut-il ménager en période de changement ?*, in « *Le management "hors sujet" ?* », Nouvelle revue de psychologie, Eres

⁸⁵ Brugère, F. *L'éthique du « care »*, Colletction Que sais-je ? Puf, Paris

désigner le fait d'être l'objet du soin et de réponse ou feed-back on parlera du « *care receiving* ». (Molinier,P., Laugier, S., Paperman, P., 2009).⁸⁶ (Cf. tableau ci-après)

Le fait de se soucier de quelqu'un implique en premier lieu la reconnaissance d'un besoin de « *care* » ; ce qui nécessite la qualité morale, spécifique, de l'attention à l'autre et de savoir reconnaître ce dont l'autre a besoin. Prendre soin suppose d'assumer la responsabilité d'un travail du « *care* » à accomplir. Son corollaire moral évident est la responsabilité. Le fait de soigner devient le travail concret du *care*.

« *Je lui attache la qualité morale de la compétence, qui bien que souvent comprise comme une question technique, peut également très bien se comprendre, je pense, comme une catégorie morale. Etre objet du soin est la réponse de la personne dont on a pris soin.* » (Tronto, 1993)

Tableau n° 7 : Les phases du care et leur dimension morale

Les 4 phases du care	La dimension morale
<i>Caring about</i> : se soucier de quelqu'un ou de quelque chose	L'attention à l'autre qui consiste à reconnaître ce dont l'autre a besoin
<i>Caring for</i> : prendre soin de quelqu'un	La responsabilité, responsabilité du travail qu'il faut accomplir
<i>Caring giving</i> : soigner quelqu'un	La compétence
<i>Caring receiving</i> , être l'objet de soin	La capacité de réponse, la réactivité de la personne à qui s'adresse <i>le caring about</i> , mais aussi son feef-back.

Plus récemment, Emmanuel Hirsch (2011) fait aussi référence au « *prendre soin* » et au « *care* » quand il écrit : « *face aux vulnérabilités de la maladie et aux détresses qui affectent*

⁸⁶ Molinier,P., Laugier, S., Paperman, P., 2009). , *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* , Petite Bibliothèque Payot, Paris

la personne dans sa dignité, des professionnels de santé et des volontaires associatifs s'efforcent de préserver une conception de la vocation et de la fonction soignantes. "Prendre soin", assumer en pratique -autrement que ne le serait une simple incantation - les exigences du care, c'est tenter de préserver les droits de ces personnes qui, dépourvues de cette ultime sollicitude, erreraient sans refuge, démunies du moindre recours, jusqu'à ne plus avoir le sentiment d'exister, d'être reconnues quelque part au sein de la Cité.⁸⁷

L'individualisme est reconnu de plus en plus présent dans nos sociétés occidentales. Le développement technico-économique semble avoir, de manière concomitante, apporté les côtés sombres de l'individualisme, à savoir l'égoïsme, la soif du profit et l'autojustification, qui suscitent l'incompréhension d'autrui, détruisant les solidarités traditionnelles (Morin, 2011).

Ne pouvons-nous pas inverser cette tendance en cherchant à introduire le « *souci de l'autre* » dans les relations interprofessionnelles, au sein de chaque équipe ? Ne peut-on imaginer introduire « *le care* » comme principe managérial repérable plus largement dans le mode communicationnel ?

3.4.2. L'éthique du care, une éthique de service

Molinier, Laugier, Paperman, (2009)⁸⁸ soulignent un manque de consensus sur le sens du care, et disent qu'il pourrait être le « *travail d'amour* » à travers lequel « *une activité privée ou intime est réalisée dans un état émotionnel particulier* ».

Ainsi, dans la lignée des sociologues britanniques, pour Finch et Groves (1983) : « *la définition du care est une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face-à-face* ». C'est donc tout à la fois l'attribut d'une disposition et une activité exercée par des individus sur des individus.

Molinier et Fisher préfèrent le définir comme « *une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer*

⁸⁷ Hirsh, E., (2011) L'hospitalité : une éthique du soin, www.fondapol.org > Etudes > Pensée, valeurs

⁸⁸ Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P., 2009, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite Bibliothèque Payot, Paris

notre “monde” de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie » Avec cette définition, ces auteures veulent intégrer le fait que le « *care* » inclut le soin que l’on peut prendre de soi-même, la possibilité d’un *care* exercé par des institutions ou des groupes d’individus et d’un *care* qui pourrait s’exercer à distance. Elles introduisent aussi avec Tronto la notion qu’il peut exister un « *mauvais care* », un *care* mal dispensé, ou sans enthousiasme, voire évoluant vers de la maltraitance. D’où la nécessité de prendre en compte le *care* à partir de son intention et de la dimension éthique de cette intention. La qualité du *care* serait alors le résultat de l’articulation, de l’intrication « *de l’affection et de la responsabilité* ».

Molinier souligne que l’on peut différencier l’objet ou le sujet du *care* en fonction de la discipline des sciences sociales qu’il utilise: *le care* pour soi-même (le souci de soi) semble être une catégorie psychologique, *le care* pour les autres (le souci des autres) une catégorie sociologique et *le care* à l’égard du monde (le souci du monde) semble relever de catégories économiques et politiques. Elle s’appuie alors sur les travaux de Tronto qui suggère, qu’au niveau le plus général, que le « *care* » soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce qu’y est fait pour maintenir, perpétuer et réparer le monde de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. (Tronto, 1993)

Pour ce qui concerne la posture managériale, dans cette étude tournée vers le « *care* », ce sont les deux premières perspectives qui nous intéressent : le souci de soi et le souci des autres. Nous retenons aussi que le « *care* » est une attitude se manifestant par une attention particulière empreinte de sollicitude pour l’autre, mais aussi qu’il est identifié comme relevant d’une responsabilité humaine.

Le « *care* » ne pourrait-il avoir un rôle dans les relations interpersonnelles professionnelles et hiérarchiques, avec pour perspective de gérer différemment des ressources humaines ?

Le « *care* » peut-il être un principe pour vivre des relations entre êtres humains uniques et singuliers ?

Le « *care* » peut –il être une valeur fondamentale de tout accompagnement lors de changements organisationnels ou professionnels?

Daniel Moinard Directeur par intérim du CHU de Montpellier répondait, ainsi, à une interview d’Hospimédia : « *en terme de gestion, il y a sans doute un déficit au niveau du*

management relationnel...je pense que la réponse se trouve dans le comportement, il faut montrer aux autres qu'on les respecte... »

Dans les situations où une personne se retrouve en état de vulnérabilité, mais aussi dans des situations où un groupe ou une organisation vit un état de crise, *le care* devient générateur de confiance. En effet, le sentiment de vulnérabilité et le sentiment de risque favorisent la peur et l'anxiété. Ces émotions provoquent la perte de moyens, la paralysie, l'impossibilité d'agir. Le *care* mobilisé dans les situations de vulnérabilité contribue à permettre à la personne ou au groupe à recouvrer de la confiance et à lui rendre son potentiel à agir. (Brugère, 2011)

Nous voyons l'importance que ce processus repéré avec *le « care »* peut avoir quand il s'agit de manager des équipes ou des établissements en situation de vulnérabilité, dans le cadre d'une crise, que celle-ci soit d'origine économique, technique ou liée à une perte de sens et de repères.

3.4.3. *The care* dans le management

Pour Louart (2011), « *le care management* » permet « *de réintroduire du groupal, de ne pas délaisser et de ne pas être délaissé* ». Il est proche de la relation d'aide, et du concept « *d'agir communicationnel* » d'Habermas (1987) dans les pratiques sociales. Ses effets modifient conjointement les personnes qui se soutiennent en interaction mutuelle.

De nombreux auteurs ont montré dans les organisations, l'importance d'une communication interactive, permettant « *la construction collective des savoirs, l'intercompréhension, la négociation et les arbitrages de l'action* ». Mais cet interactionnisme ne peut fournir de « *l'intelligence collective* » que « *dans une énergie proactive habitée par du care, par un souci d'aide aux autres et à l'équipe de travail* » (Grosjean & Lacoste, 1999).⁸⁹

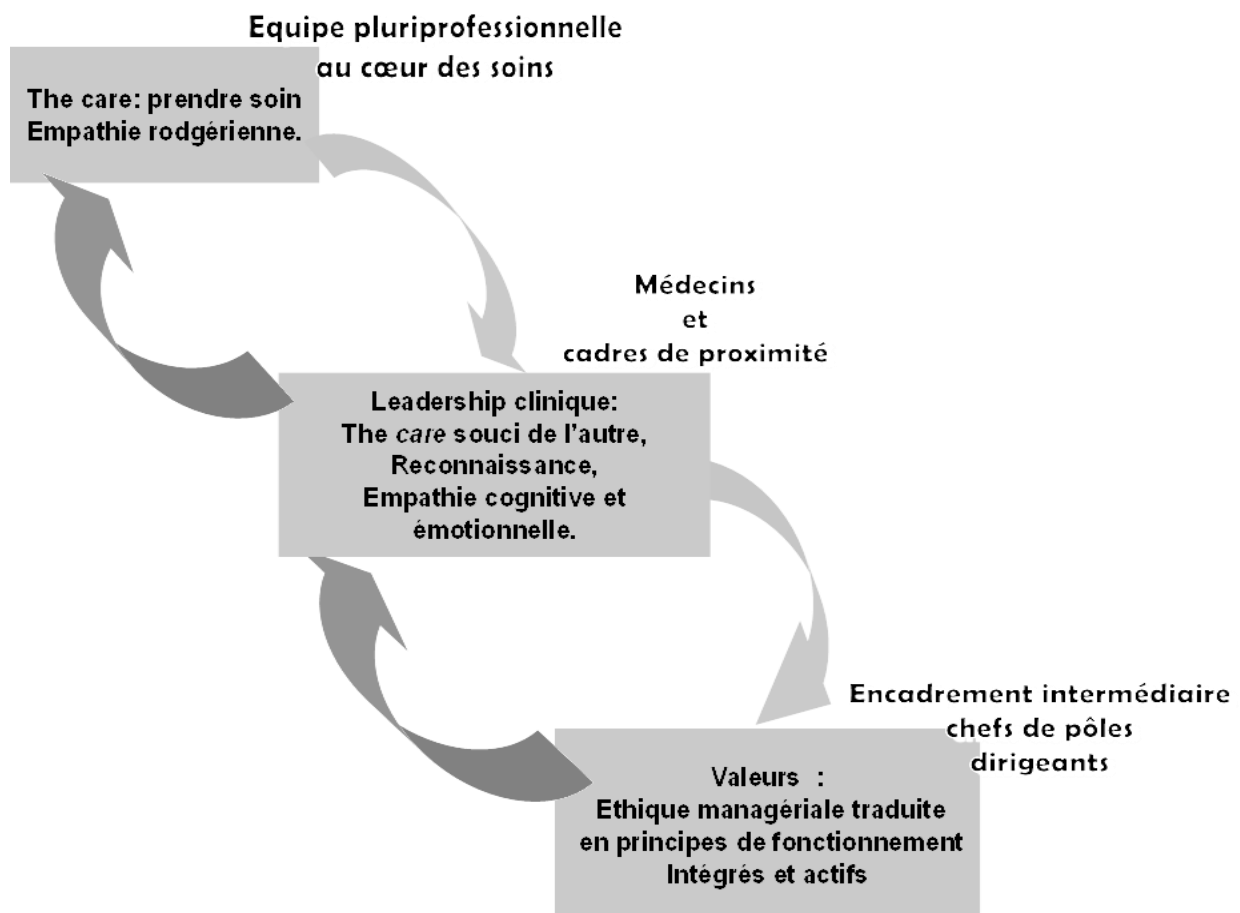
Pierre Louart précise aussi qu'il faut penser la gestion des personnes comme « *un champ collectif d'expression (ou de résolution) des tensions entre individualisme et socialisation* ».

⁸⁹ Grosjean, M., et Lacoste, M. (1999), *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, puf, Le Travail Humain.

Ainsi nous imaginons que la relation de soin, les relations interprofessionnelles et les pratiques managériales, peuvent être nourries par les mêmes concepts et principes philosophiques. Dans cette « entreprise » hospitalière difficilement assimilable à l'entreprise lambda la présence du « care » à chacune des strates hiérarchiques peut prendre l'apparence d'un phénomène en cascade, ou d'un mécanisme dont le mouvement s'autoalimente. Le « care » promu au cœur de la relation des soins, devient une valeur manifeste dans les relations interprofessionnelles et un principe managérial affirmé par la direction et reporté à son tour par l'encadrement intermédiaire (Cf. schéma ci-après).

Car, comme l'écrit Beaucourt (2006), dans le secteur social « *comment sensibiliser à la qualité de service pour l'utilisateur si les établissements (et donc les dirigeants et managers de ces structures) ne se soucient pas vraiment d'eux en tant que salariés.* »⁹⁰

Schéma n° 5 : La dynamique du « care » au sein de l'hôpital



⁹⁰ Beaucourt, C., (2006), La gestion des ressources humaines dans le secteur social, *in gestion des ressources humaines dans le secteur social*, p. 1385- 1393

Pour Dejours,⁹¹ afin que le travail ne soit pas délétère, le sujet doit transformer la souffrance en plaisir et la reconnaissance permet cette activité sublimatoire. La reconnaissance prenant la forme d'une rétribution symbolique fondamentale, attendue et espérée par tout travailleur en contrepartie de son investissement et de sa mobilisation subjective envers l'organisation du travail. Il distingue alors la reconnaissance qui s'exprime en termes de jugement d'utilité -renvoyant à la part objectivable du travail- et son utilité sociale, économique et technique qu'il définit comme correspondant à un jugement de beauté. Ce jugement esthétique confirme la valeur du travail accompli, il émane des pairs et des membres de la même communauté d'appartenance.

Ces jugements intéressent le « faire » et non le sujet lui-même. Ils ne peuvent être reliés dans la sphère de l'identité qu'une fois sublimés. La reconnaissance est affaire d'identité dans la mesure où chaque sujet a besoin du regard de l'autre pour se construire et développer une relation positive à soi (Dufau, Lagabrielle, 2010).

A l'hôpital la démarche qualité instaurée, et plus spécifiquement l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), peut s'inscrire dans un système de reconnaissance collective assimilable au jugement d'utilité. Il en est de même, pour ce qui concerne la gestion des ressources humaines, avec la mise en place d'une politique de gestion par les compétences et la mise en œuvre des entretiens professionnels.

Mais qu'est-ce qui est mis en place pour faire émerger ou développer une reconnaissance par le « jugement esthétique » ?

Pour Etchegoyen, (1990)⁹² l'établissement de liens de confiance réciproque au sein des organisations semble apparaître comme un nouveau levier stratégique et se voit doté d'une légitimité opérationnelle qui n'a jamais été la sienne auparavant. Longtemps considérée comme une sorte d'excroissance morale et sociale de la rationalité planifiée, la confiance semblerait participer désormais de manière directe à la « performance globale de firmes »

Pour Eymard et Revillot, la relation de confiance prend sens à partir du moment où l'on accepte l'idée d'une possible méfiance, mais également dans l'accueil de nos limites et de notre vulnérabilité. Elle est *«un mécanisme incertain, la confiance ne va pas de soi et ne peut non plus relever d'un objectif à atteindre opérationnel et mesurable. En ce sens elle est*

⁹¹ Dejours, C., (2000), *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, Point, Paris.

⁹² Etchegoyen A., (1990), *Les entreprises ont-elles une âme*, F. Bourin, Paris.

*donc toujours en questions. Ainsi développer la confiance dans la complexité de la relation avec un patient, c'est toujours prendre un risque...sauf à être dans une logique de maîtrise ou d'emprise»*⁹³

Plusieurs auteurs incluent l'estime de soi parmi les causes majeures de « *l'expectance* ». Ce terme anglais désigne le fait de croire qu'un haut niveau de rendement va amener certaines conséquences. (House, 1971; Lawler 1973) Ainsi, l'employé serait plus porté à croire qu'il peut réussir à obtenir un haut rendement s'il a une haute conception de ses capacités en général et de sa compétence au travail en particulier. L'importance de l'estime de soi sur le niveau de motivation est démontrée par Korman (1974) qui en fait le pivot d'une importante théorie du comportement humain. Le questionnement éthique engage la réciprocité de la relation entre l'estime de soi et la sollicitude de l'autre (Ricoeur 1990)

D'autre part, le sujet n'accède au respect de soi que s'il est lui-même respecté. Plus encore, c'est parce qu'il est respecté qu'il élabore sa propre responsabilité morale (Dufau, Lagabrielle 2010).

Pour Clot (2010),⁹⁴ et Zarifian⁹⁵, ne plus pouvoir se reconnaître dans le travail que l'on fait est source de souffrance. Le « *bien-être* » sans le pouvoir de « *bien faire* » est une illusion. Si promouvoir un management des relations humaines qui reconnaît l'individu dans l'entreprise est nécessaire, il faut prendre en considération que l'évaluation individualisée nie les sources collectives, de l'efficacité du travail.

Si nous partons du postulat que la reconnaissance se nourrit de la confiance en soi, du respect et de l'estime de soi, nous pouvons nous demander: Quelle place prend « la reconnaissance » dans le fonctionnement interindividuel de la relation soignant-soigné, dans la relation entre pairs, dans la relation interprofessionnelle et dans la relation hiérarchique ?

Comment peut-on repérer une insuffisance ou suffisance de cette reconnaissance dans le rapport de l'agent à son travail ? A quels signes ou manifestations peut-on repérer la suffisance ou l'insuffisance de la reconnaissance ?

⁹³ Revillot, J-M; Eymard, C. « A l'écoute de la confiance dans la pratique quotidienne des soins » *Perspective Soignante*. 2010/04; (37) : pp.104-118

⁹⁴ Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, Paris.

⁹⁵ Zarifian, P., (2003), *À quoi sert le travail ?*, La Dispute, Paris.

Comment la reconnaissance pourrait-elle se manifester, dans la communication à tous les niveaux, mais surtout au niveau de la communication managériale et se décliner, ensuite en « cascade », jusqu'aux soins mêmes, dans un cadre d'exemplarité ?

Il nous apparaît que la mise en œuvre d'une démarche de reconnaissance, au sein des relations de travail, peut s'appuyer sur un *care* porté par une attitude empathique et visant l'empowerment.

3.4.4. Une démarche de reconnaissance : l'empathie et l'empowerment comme attitude dans le « *care* »

Tout enseignement relatif à la relation d'aide prône l'empathie. La définition de Rogers (1966), fait référence : « *L'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne* ». Des travaux plus récents introduisent une différenciation entre deux types d'empathie : l'empathie cognitive et l'empathie affective. Cette dernière forme d'empathie est manifestée par l'homme, mais identifiable également chez les grands primates et certains autres mammifères comme le dauphin, la baleine... (De Wall, 2010)

Le sentiment envisagé comme capacité à ressentir la même émotion qu'autrui en le regardant serait fondé sur l'existence de neurones miroirs. Ces neurones, ainsi nommés (par Giacomo Rizzolatto) ont été mis en évidence, chez le singe macaque, lors d'une expérience où il a constaté, l'activation des mêmes neurones, quand le singe mangeait ou quand il regardait quelqu'un manger.

L'empathie désigne la capacité à comprendre autrui. Le terme empathie, *Einfühlung* (allemand, Théodore Lipps, XVIII^e siècle), ou *empathia* (grec) désigne le fait de consacrer une forte attention à quelqu'un, de ressentir ses émotions comme s'il s'agissait des nôtres.

L'empathie se différencie de la sympathie et réunit trois conditions :

- le fait d'éprouver une émotion proche de celle de quelqu'un d'autre (peur, plaisir...),

- l'existence d'une relation causale entre ce que nous éprouvons et ce que l'autre personne éprouve,
- la nécessité que l'observateur rapporte ce qu'il observe à l'autre personne. S'il n'est pas conscient de ce lien on parlera de « contagion émotionnelle » mais pas d'empathie.

Deux théories s'opposent : la théorie de l'esprit, construction cognitive, et la théorie de l'intuition avec une compréhension plus globale. Il s'agit soit d'une appréhension de ce que vit l'autre par la maîtrise conceptuelle (je me dis : il doit penser ou éprouve que...), soit de stimulation (je me dis : à sa place je penserais ou éprouverai que...).

L'empathie peut générer compassion, entraide et solidarité ou servir un but plus personnel et non altruiste, comme comprendre l'autre pour avoir une emprise sur lui, voire le manipuler...

L'absence d'empathie relationnelle chez quelqu'un se manifeste par sa tendance à s'en tenir toujours à des généralités. D'autre part, pour Serge Tisseron, plus on s'éloigne de ce qui nous ressemble pour aller vers ce qui est différent de nous, plus la sécurité psychique est mise à l'épreuve. Et plus il faut s'y préparer, afin que l'empathie n'en souffre pas trop.

« Communiquer c'est accepter d'être surpris. A l'exception de quelques relations contractuelles très codifiées, nos interlocuteurs ne sont jamais prévisibles. Et c'est souvent ce qui nous angoisse... accepter de ne pas contrôler ses proches est un premier pas vers la sagesse » S. Tisseron, 2010)⁹⁶

Nous formulons l'hypothèse, qu'au-delà d'une gestion efficiente et d'une optimisation des organisations, l'hôpital a à intégrer dans son modèle managérial, en parallèle, le « care » qui vient nourrir le sentiment d'être reconnu et l'*empowerment* (donner ou redonner du pouvoir) qui s'appuie sur la confiance et l'estime de soi. La tension entre une dynamique du *care* et un processus *d'empowerment*, est certainement favorable à de saines conditions de travail par le climat de confiance et les relations de coopération qu'elle peut créer. L'autonomie accordée et parallèlement le sentiment d'avoir du soutien et de la reconnaissance sont fortement évoqués par les professionnels dans les *magnets hospitals*, comme nous le reverrons plus tard.⁹⁷

⁹⁶ Tisseron, S. (2010), *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel.

⁹⁷ Les huit conditions essentielles des hôpitaux magnétiques : l'autonomie professionnelle, le support fourni, une bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier,

Ce n'est pas l'objet de notre travail mais il pourrait être intéressant de faire ce lien entre «*care*» et «*empowerment*». L'empowerment considéré comme processus organisationnel qui suppose une redéfinition des responsabilités et de l'autorité : «*les leaders deviennent des coachs qui encouragent et valorisent l'initiative*» (Valax, 2009).⁹⁸ En effet, le *care* est un souci, responsable, de l'aide car il vise une restauration de l'agir de l'autre. Il y a une réciprocité dans une relation qui pourrait se vivre comme asymétrique. (Brugère, 2008).⁹⁹ Le *care* suppose que les gens deviennent autonomes et capables d'agir d'eux-mêmes, à travers un processus complexe de croissance et de développement qui naît de l'interdépendance, entre les uns et les autres. (Tronto, 2013)¹⁰⁰

Dans le modèle développé par Honneth¹⁰¹, la reconnaissance se veut être un concept à la fois empiriquement opératoire et à teneur normative, le déni de reconnaissance entraînant des symptômes psychologiques, comme les sentiments de mépris ou d'humiliation. Le modèle d'Honneth distingue trois modes de reconnaissance réciproque, qui s'articulent entre eux : la reconnaissance amoureuse, la reconnaissance juridique et la reconnaissance culturelle.

Pour la reconnaissance amoureuse Honneth s'appuie sur le rapport originaire liant la mère au nourrisson (travaux de Winnicott) et il caractérise la reconnaissance amoureuse comme un équilibre constitutif de l'identité personnelle entre l'état de dépendance et l'autonomie de soi. L'amour, au sens de rapports interpersonnels de proximité (liens familiaux, amicaux, amoureux), en est le vecteur privilégié et la «*confiance en soi*» le rapport authentique à soi qu'elle dessine. Le pendant négatif à la reconnaissance amoureuse est constitué de l'ensemble des atteintes à l'intégrité psychologique de l'individu, comme par exemple le viol ou la torture.

La reconnaissance juridique, implique un sujet auquel est reconnue la capacité formelle et universelle de poser des jugements pratiques et de rendre compte de ses actes. Le rapport

des relations positives entre pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client, l'importance de la qualité. (Brunelle, Y., 2009)

⁹⁸ Valax, M., (2009), Conditions de mise en place d'une politique volontariste de la diversité ethnique. Regard critique sur le cas de l'Afrique du sud, in *Management & Avenir*, Ed. Management et Prospective.

⁹⁹ Brugère, F., (2008), *Le sexe de la sollicitude*, éditions du Seuil, Paris.

¹⁰⁰ Tronto, J. (2013) Conférence, : Dans le cadre des rencontres TNBA "Débats Publics : Est-ce ainsi que les hommes vivent ? Bordeaux, 18 mars .

¹⁰¹ Honneth, A., (1992), *La lutte pour la reconnaissance*, Le Cerf, Paris, éditions originale 1992, traduction 2000.

positif à soi que vise la reconnaissance juridique (ou morale) est la dignité ou le « respect de soi ». Ainsi le caractère respectable que je reconnais à autrui m'engage à agir respectueusement envers lui. Lorsque de telles attentes normatives ne sont pas comblées (atteintes à l'intégrité personnelle, non reconnaissance de droits à des groupes sociaux...) des luttes pour la reconnaissance peuvent être déclenchées visant à généraliser et à approfondir la sphère de la reconnaissance juridique.

Enfin la reconnaissance culturelle porte sur les sujets, à part entière, qui à travers leurs propriétés et leur trajectoire de vie singulière forment la communauté éthique d'une société. Chaque sujet contribue à la communauté éthique des valeurs par la reconnaissance accordée en retour à l'« estime de soi ». Le blâme social et la stigmatisation éprouvée dans le déni de reconnaissance peuvent déboucher sur des luttes pour la reconnaissance.

Il s'agit ici d'une approche anthropologique de la reconnaissance, où elle participe à la construction de l'identité. Les individus se construisent leur propre identité à travers une série de rapports de reconnaissance. La reconnaissance ne peut être que mutuelle, l'asymétrie créant des rapports de dominance/dépendance. Le besoin et la demande de reconnaissance seraient devenus très forts aujourd'hui du fait d'une plus grande fragilité identitaire, secondaire de la modernité. (Carré, 2013)¹⁰²

¹⁰² Carré, L., (2013), *Axel Honneth le droit de la reconnaissance*, Le bien commun, Michalon, Paris

Conclusion du chapitre 2

Nous retenons de ce cheminement, au sein du concept philosophique de l'éthique et de son émergence dans le champ managérial, à la fois son indispensable présence dans les relations sociétales et donc professionnelles, ainsi que les avis contrastés quant à une éthique d'entreprise. Mais l'hôpital n'est pas une entreprise de biens matériels. Sa mission publique singulière impose qu'il reste garant d'humanité. Aussi, nous gardons l'idée que l'éthique a une fonction essentielle à assurer dans le management, aujourd'hui et demain, à l'hôpital. Il nous semble intéressant dans le cadre de ce travail de retenir deux champs distincts pour un management éthique : la dimension déontologique et la dimension téléologique.

La dimension déontologique nous inspire l'intérêt d'un travail collectif de réflexion et d'explicitation des valeurs communes qui peuvent rassembler les différents responsables hospitaliers du « top » management au management de proximité. Un ensemble de règles codifiées, de règles de conduite qui disent comment il faut, et/ou il ne faut pas agir. Il s'agit ici du niveau normatif, qui se rapproche du champ de la morale en formulant un ensemble de « bonnes pratiques » consensuelles. Lorsque ces règles sont élaborées et s'adressent à un corps professionnel on parlera de déontologie. Le projet managérial préconisé par le rapport de Chantal de Singly (2009), à notre connaissance encore peu déployé dans les institutions hospitalières, pourrait être l'opportunité de ce travail.

La dimension téléologique, nous inspire le nécessaire besoin d'avoir des temps, pour une réflexion sur le Sens des décisions prises, des axes stratégiques définis et sur leurs impacts possibles, à moyen ou long terme. Les préconisations et prescriptions sont encore très souvent « extérieures », via le ministère et l'ARS, et il peut être facile de s'enfoncer dans le chemin du « comment » mettre en œuvre dans les délais donnés, sans questionner « *le pourquoi* » et les impacts possibles à long terme de tels choix. Or, si le Sens n'est pas clair, il ne peut y avoir sens, ou donner le sentiment qu'il n'y en a pas. Le fait, aussi, de pouvoir interroger la pertinence d'une règle en situation est important : Est-il bon, est-il bien et juste d'appliquer « *La Règle* » dans ce cas particulier ?

Il nous semble intéressant, pour notre travail sur le management et le leadership à l'hôpital, d'aller à l'encontre du mouvement actuel et de conserver les deux termes « *morale* » et « *éthique* » dans leurs acceptions différentes et de les envisager dans leur complémentarité et dans une dynamique récursive. « *Morale* » pour l'ensemble de règles, ou de principes de

fonctionnement qui participerait à fonder une « *déontologie managériale* » et « *éthique* » pour la posture réflexive individuelle du manager et ses choix en situation de dilemme.

Pour ce qui concerne la posture managériale, nous retiendrons l'importance d'une connaissance de ses valeurs personnelles et professionnelles et de leur adéquation avec les valeurs de l'institution pour prévenir le risque de souffrance éthique. L'étude de l'éthique du *care*, et de ses quatre formes nous conforte, à ce niveau de nos travaux, d'une pertinence de sa présence dans les relations interprofessionnelles et les relations avec les subordonnés. Il nous semble important d'envisager que le « *care* », l'empathie et l'empowerment, concepts fondamentaux de la relation de soin et d'une prise en charge holistique et humaine de l'homme malade, puissent aussi être repérés comme des valeurs de la posture managériale. Ceci aussi bien pour le cadre de proximité vis-à-vis de son équipe, que dans les relations entre les différentes strates. Ces valeurs sont identifiées, également, comme nous l'avons vu précédemment, dans les caractéristiques du leadership transactionnel et transformationnel et plus spécifiquement dans le « *servant leadership* » et le leadership spirituel.

Chapitre 3 : PROTOCOLE DE RECHERCHE

Introduction du chapitre 3

Nous présentons, ci-après, le modèle de recherche retenu dans le cadre de ce travail, à savoir une méthode qualitative avec une étude longitudinale portant sur l'analyse du phénomène de gouvernance et ses évolutions ces dernières années.

Ce design de recherche peut être considéré comme lourd et critiquable quant à la faible rigueur ou au peu de bases scientifiques du traitement des données. Mais il nous a semblé néanmoins pertinent pour saisir la complexité du phénomène de gouvernance, le rôle que peuvent y jouer l'éthique managériale, ainsi que l'éthique propre des managers, afin de tenter de nouveaux liens et l'émergence de constructions théoriques susceptibles d'éclairer, en retour, le terrain.

Dans ce chapitre nous argumentons, dans un premier temps, ce choix, qui s'appuie sur un paradigme épistémologique constructiviste et précisons ce qui fait la spécificité de la méthode qualitative et plus spécifiquement des études longitudinales. Ensuite, nous décrivons la démarche suivie pour collecter les données et les traiter. Enfin, nous tentons un regard réflexif sur la posture de chercheur qui, a été la nôtre, pour ce travail..

1. Une recherche de type constructiviste

« Et, quoiqu'on en dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique...S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Tout est construit » (Bachelard, 1938)

Notre recherche longitudinale, de type exploratoire, s'appuie sur un paradigme épistémologique constructiviste : *« Le constructivisme radical est radical parce qu'il rompt avec la convention, et développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique "objective", mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience » (Glaserfeld, 1988).*

Conceptualisées par Piaget (1968), les bases contemporaines des épistémologies constructivistes ont pour postulat que la connaissance est construite par le « modélisateur » dans ses interactions permanentes avec les phénomènes qu'il perçoit et conçoit. La modélisation des phénomènes ou des systèmes perçus comme complexes, utilise ce processus de construction.

La complexité implique une forme d'imprévisibilité qui ne peut être aisément tenue pour déterministe. D'autre part, elle se caractérise par de nombreuses interactions qui reposent sur l'inter relation et les effets rétroactifs des actions. La complexité n'est pas la complication. Simon et Morin sont d'importants contributeurs contemporains au développement de la modélisation de la complexité.

« La complexité n'est pas la complication : ce qui est compliqué peut se réduire à un principe simple comme un écheveau embrouillé en un nœud de marin. Certes, le monde est très compliqué, mais s'il n'était pas compliqué, il suffirait d'opérer les réductions bien connues : jeu entre quelques types de particules dans les atomes, jeu entre types d'atomes dans les molécules, jeu entre etc. Le vrai problème n'est donc pas de ramener la complication des développements à des règles de base simple. La complexité est la base..» (Morin, 1977)

Comment ne pas considérer l'hôpital avec ses différents mondes, sa culture, ses acteurs aux différents métiers, ses différentes filières de soins, sa mission...comme un système complexe, et le management de ce système, comme lui-même un phénomène complexe ?

Claude Evin, ancien ministre de la santé, aujourd'hui Directeur à L'Agence Régionale de la Santé de l'Ile de France, déclare : *«L'hôpital est l'institution qui est la plus complexe dans notre société »*. Pour lui sa complexité vient de la diversité de ses missions, des techniques « hypersophistiquées » qui y sont utilisées, de l'accueil du sans domicile fixe, de la centaine de métiers qui s'y côtoient et d'une organisation à maintenir 24h/24, 365 jours par an. (C. Evin, 2010)¹⁰³

Un Système peut se définir comme un enchevêtrement intelligible et finalisé d'actions interdépendantes. Il s'agit, alors, de la conjonction de deux perceptions antagonistes : un

¹⁰³ C. Evin, Histoire de l'hôpital, Question d'éthique, France Culture, 06 décembre 2010

phénomène que l'on perçoit dans son unité, ou sa cohérence, ou son projet ET dans ses interactions internes entre les composants actifs dont il constitue la composition résultante.

« Un phénomène perçu complexe, donc irréductible à un modèle déterminant la prévision certaine de ses comportements, se représente par un système complexe » (Le Moigne, 1990)¹⁰⁴

La concomitance de missions de service public avec le désir d'offrir des soins médicaux et paramédicaux de qualité (en regard de l'état de l'art et des pratiques) fonde l'ambition de l'institution hospitalière. La déclinaison managériale aux différentes strates jusqu'aux équipes opérationnelles, la communication et les transmissions entre unités, entre pôles, les relations avec l'ensemble des parties prenantes, la coordination autour du patient (parcours patient)... font partie des interactions entre les « composants actifs » qui participent aux processus et au projet d'établissement.

Modéliser, c'est donc concevoir des « modèles », c'est-à-dire des représentations intelligibles artificielles, symboliques, des situations dans lesquelles nous intervenons. *« Modéliser c'est à la fois identifier et formuler quelques problèmes en construisant des énoncés, et chercher à résoudre ces problèmes en raisonnant par des simulations. En faisant fonctionner le modèle-énoncé, on tente de produire des modèles solutions. Modélisation et simulation, réflexion et raisonnements, sont les deux faces inséparables de toute délibération. » (Le Moigne, 1990)¹⁰⁵*

Notre objet de recherche est d'établir une modélisation d'un certain leadership pour l'hôpital qui puisse intégrer une dimension éthique. Un leadership adapté ou spécifique à l'hôpital doit lui permettre, de poursuivre sa mission de service public avec une gestion efficace, tout en maintenant des valeurs humanistes fortes. Il s'agit alors de tenter la promotion d'un système managérial hospitalier spécifique et intégré et d'en décrire les spécificités synchroniques (comment il peut fonctionner), diachroniques (comment il peut se transformer) et récursives (comment il s'autonomise).

Cette conceptualisation doit permettre à son tour de définir des recommandations pragmatiques, opérationnelles, pour concevoir et développer ce modèle de pilotage. Des

¹⁰⁴ Le Moigne, (1990), *La modélisation des systèmes complexes*, Dunod, Paris, p.170

¹⁰⁵ Le Moigne, J-L., op cit

recommandations sur quatre axes : un axe formation, un axe intervention, un axe transformation et un axe recherche.

Ainsi, tout au long de la recherche nous allons faire de multiples allers retours entre les théories sur le leadership, les concepts et notions qui décrivent les valeurs humanistes qui sont au cœur des soins telle que « *the care* », le domaine de l'éthique et le champ empirique. Ceci, en nous focalisant sur les liens possibles et en cherchant à co-construire un modèle managérial éthique pour l'hôpital. Notre espoir est de contribuer, même à faible échelle, à « *comprendre suffisamment le monde pour donner aux acteurs des moyens accrus de changer de façon plus efficace, efficiente et lucide ou encore de comprendre* » (Le Moigne, 1990).¹⁰⁶

2. Une approche qualitative dans le cadre d'une étude longitudinale

Une approche empirique qualitative répond généralement à deux exigences. D'une part tenter de saisir en profondeur la complexité d'un phénomène, d'un processus ou d'un concept et d'autre part viser une contribution théorique innovante « *en montrant ses opérations dans un contexte social en mouvement* » (Dyer et Wilkins, 1991). Alors que lors d'une recherche quantitative le chercheur s'efforce de comprendre un petit nombre de cas (1 à 50 selon Ragin), dans la recherche qualitative, il tente de mettre en évidence des traits (patterns généraux caractérisant une population).¹⁰⁷

Ainsi, « *Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer* » (Kaufmann, 1996). En effet, le matériau qualitatif permet des descriptions et des explications pouvant être riches pour rendre intelligible un phénomène complexe et des actions ou pratiques individuelles ou d'un groupe dans un contexte particulier.

Les études empiriques longitudinales qui s'appuient sur un rapport intense avec le terrain et les acteurs peuvent donc être tout à fait pertinentes en sciences de gestion. Elles peuvent porter sur l'analyse de phénomènes économiques ou de processus organisationnels au cours du temps et s'opposent aux études dites transversales. Nonobstant leur lourdeur et les

¹⁰⁶ Op.cit

¹⁰⁷ Dumez, H. (2013), *Méthodologie de la recherche qualitative, les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuiber, Paris, p. 12

contraintes de leur mise en œuvre et déroulement, elles permettent l'étude de « séquences d'évènements individuels et collectifs des actions qui se déroulent dans le temps et au sein d'un contexte » (Pettigrew, 1990)

Le choix du qualitatif et d'une étude longitudinale permet de produire de nouveaux liens théoriques dans un contexte social qui évolue de manière constante ou dans le cadre de situations de rupture telles que les situations de crises ou de mutation. L'analyse du processus tend à saisir le quoi, le pourquoi et le comment des liens entre le contexte, les processus et les nouvelles émergences.

Dans les études longitudinales, la nature dynamique des contextes constitue le cœur même de la démarche. La compréhension de ce contexte, dans sa dynamique, en fait l'attrait majeur : explorer le présent en relation avec le passé et l'émergence du futur (Pettigrew, 1990).¹⁰⁸ Il s'agit alors d'être en capacité de capter une reconstruction subjective et indigène faite par l'interviewé, plutôt qu'une reconstitution contrôlée et objectivée par le chercheur. L'analyse de contenu doit mettre en valeur les enjeux et les représentations des acteurs du terrain étudié. Un véritable travail d'inférence doit y être réalisé pour comparer les apports des différents entretiens mais aussi les évolutions d'un entretien à l'autre. (Valax, 2009)¹⁰⁹

Cette approche nécessite de disposer de temps et met à contribution certaines aptitudes telles que la tolérance, l'acceptation de l'incertitude et l'ambiguïté, de refus de la fatalité mais aussi sa prédisposition à l'enthousiasme et à l'empathie.

Elle confronte le chercheur à un triple défi ¹¹⁰ :

1. Saisir le réel en mouvement et étudier des processus à long terme dans leur contexte naturel et considérer de multiples niveaux d'analyse interconnectés (Pettigrew, 1980 et 2001).
2. Appréhender les causalités multiples, les boucles de rétroaction au sein d'un même contexte (Langley, 1999).
3. Mobiliser différents formats et dispositifs en fonction des objectifs de la recherche. Il n'y a pas de technique particulière pour élaborer les conclusions d'une étude processuelle comprenant plusieurs unités. Il s'agit plutôt d'un processus de reconstruction (Eisenhardt, 2007).

¹⁰⁸ "We have chosen to collect longitudinal data, which allows us to explore the present in relation to the past and the emerging future" Pettigrew, A.M. (1990), Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice, *Organization Science*, 1:3, 267-292, p. 98

¹⁰⁹ Valax, M. (2009), Conditions de mise en place d'une politique volontariste de la diversité ethnique. Regard critique sur le cas de l'Afrique du Sud, *Management & Avenir*, n° 28, p.392-407.

¹¹⁰ Valax, M. (2014), Diaporama: Méthodes qualitatives longitudinales, Doctorat de Sciences Humaines et Sociales, MCF HDR, Magellan- IAE de Lyon, Université Jean Moulin de Lyon 3, 2 avril.

Conclusion chapitre 3

La recherche est souvent vue comme un processus séquentiel : poser la question de recherche, faire une revue de littérature, choisir la méthodologie, recueillir et mettre en forme les données, les traiter, discuter les résultats, ouvrir un programme futur.

La recherche qualitative, débute le plus souvent de manière chaotique et aléatoire, la question de recherche peut être très floue et le cadre théorique mal fixé (Dumez, 2013)¹¹¹. La dynamique a consisté, pour nous, à avancer à petit pas, en mettant les différentes étapes en interrelation, et en procédant par boucles de déduction/induction/abduction (David, 2000).¹¹²

« Au contraire nous avons montré que le chercheur, par des allers - retours constants d'une activité de recherche à une autre, et de l'observation empirique à la théorie, est capable d'étendre sa compréhension à la fois de la théorie et des phénomènes empiriques » (Gadde et Dubois, 2002).¹¹³

Ce processus favorise aussi l'ouverture et la réceptivité à des informations non recherchées, a priori, de manière calculée et/ou volontaire, mais qui peut éclairer d'un jour nouveau la réflexion et le cheminement dans l'étude de manière opportuniste pourrions-nous dire. Ainsi, dans les premiers temps de notre recherche, alors que notre questionnement portait sur un management éthique à l'hôpital, une communication de Pierre Louart¹¹⁴ explicitant la notion de « *care collectif* » et « *les conditions managériales pour qu'émerge et se développe un dispositif de care collectif* » a permis une orientation plus ciblée pour mon étude. « *The care* », pour l'ancienne soignante que j'étais, était une valeur, un savoir-être du soin et aujourd'hui il m'apparaît qu'il peut aussi intégrer une éthique managériale adaptée à l'hôpital !

¹¹¹ Op cit, p. 25

¹¹² David, A. (2000), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées » in David Albert, Hatchuel Armand et Laufer Romain [ed] *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Paris, Vuibert-FNEGE, pp.83-109

¹¹³ Gadde et Dubois, (2002), in, Dumez, H. (2013), *Méthodologie de la recherche qualitative, les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuiber, Paris, p. 25-26

¹¹⁴ 1ère Journée d'étude sur le Management des Ressources Humaines dans les entreprises du social et de la santé, 7 Mai 2010 à Lille

Chapitre 4 : L'ÉVOLUTION DE L'HOPITAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ET SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Introduction du chapitre 4

Nous avons éprouvé la nécessité, avant d'aller sur le terrain réaliser les entretiens, de mieux cerner les évolutions récentes de la gouvernance de l'hôpital.

Les valeurs et l'éthique prennent leurs racines dans le temps, dans l'histoire et la culture d'une institution ou d'une société. En Europe, l'hôpital est l'institution la plus ancienne qui soit et les historiens ont montré que son histoire se confond avec celle de la société. Aussi, nous avons tenté de réactiver la mémoire de cette vieille institution qu'est l'hôpital, avant d'aller interroger des directeurs, des cadres et des professionnels médicaux et paramédicaux, qui ont fait le choix d'y travailler.

Retrouver la finalité et la fonction de l'hôpital à travers les siècles et identifier les bouleversements forts de ces dernières années, nous a semblé essentiel, pour appréhender certaines causalités de sa situation d'aujourd'hui et le sentiment, de perte de sens et de repères, qui peut être exprimé.

Ainsi, ce chapitre reprend les étapes importantes de l'évolution de l'hôpital au sein du système de santé français. Quatre dimensions permettent d'en faire la lecture : celle des missions de l'hôpital, celle des finances, celle des pouvoirs, et enfin, celle des espaces (définition des territoires et des populations servis). Ces quatre dimensions restent d'une grande actualité, les réponses à y apporter étant au cœur de la question sociale.

Nous reprenons assez rapidement ci-après, l'évolution et les réformes de l'hôpital afin de mieux comprendre sa situation, sa gouvernance et questionner la nécessité ou le sens d'une éthique managériale aujourd'hui.

3. Un rythme accéléré des réformes vient transformer l'hôpital sur ces 50 dernières années

3.1. De l'hôpital hospice à l'hôpital « entreprise »

Jusqu'en 1941, l'hôpital public était réservé aux classes modestes et aux indigents. L'administration des hôpitaux était du ressort des municipalités. Sauf dans les grandes villes, l'hôpital hospice ne pouvait rivaliser avec les cliniques privées, plus médicalisées, qui

soignaient les classes aisées. Cette dualité explique le très grand nombre d'établissements, qui est une spécificité française.

Les hôpitaux ont longtemps puisé leurs ressources de leur patrimoine, mais le développement des assurances sociales, à partir des années 30, leur a procuré des ressources nouvelles qui ont permis la modernisation des établissements. En passant de l'assistance à l'assurance, l'hôpital devenait objet de politiques publiques.

La loi de 1941 ouvre l'hôpital à toutes les classes de la société et inaugure le retour de l'Etat sur les questions hospitalières. Si les maires président toujours les conseils d'administration des hôpitaux et en choisissent les directeurs, le pouvoir de l'Etat et de son administration n'a cessé de croître sans que l'on puisse parler d'un pilotage maîtrisé. La tension entre pouvoir local et pouvoir central structure les politiques hospitalières.

La médecine hospitalière, entendue comme pratique médicale à temps plein, est récente, issue des ordonnances de 1958. La croissance significative des hôpitaux au cours des années 70 a manifesté le développement de l'Etat providence.

La généralisation de la Sécurité sociale a permis le financement des hôpitaux grâce au mécanisme généreux et inflationniste des prix de journée. Médecins et directeurs ont été solidaires pour servir le mythe fondateur de l'hôpital moderne : mettre les progrès médicaux au service de tous.

La mutation de l'hôpital exigeait un personnel qualifié de plus en plus nombreux. Des écoles paramédicales furent créées, un appareil de formation continue mis en place. L'accroissement des effectifs a été spectaculaire : 9 082 médecins et 55 000 infirmières salariés en 1965, respectivement 56 500 et 179 000 en 2002. Les hôpitaux sont devenus des acteurs économiques importants, souvent le premier employeur d'une région. On comprend dès lors pourquoi la logique de planification hospitalière doit souvent composer avec celle d'aménagement du territoire.

La lecture du récapitulatif de dates clés, touchant l'hôpital, sur mille cinq cent ans, montre l'accélération des réformes sur cette première décennie du XXIème siècle. En moins de 10 ans, voient le jour, autant de réformes importantes que sur le demi-siècle précédent.

De l'hospice des années 50 aux centres universitaires équipés de plateaux médico-techniques, la transformation de l'hôpital vers un modèle proche de l'industrie bouleverse son organisation et modifie les pratiques professionnelles.

Aujourd'hui, l'hôpital fait la une de la presse mais son image est ambivalente. Les prouesses de la médecine technique ou le déploiement du Samu social sont célébrés tandis que la crise hospitalière est mise en scène : malaise des médecins et infirmières, scandale des infections nosocomiales, manque de moyens et de personnels. Ces tensions traduisent une dynamique de transformation profonde et inachevée. L'hôpital est devenu un acteur central du système de santé. Presque la moitié des professionnels de santé (plus de 800 000) y travaille et la majorité d'entre eux y est formée. Son poids économique est considérable : les soins hospitaliers représentent 43 % des dépenses de soins et de biens médicaux soit 61,5 milliards d'euros en 2003 avec une croissance, cette même année, de 6 % en valeur, légèrement inférieure à celle des médicaments (+ 6,5 %) et des soins ambulatoires (+ 7,4 %). Le système hospitalier est divers et complexe, composé d'établissements de tailles et de statuts variables (publics ou privés, lucratifs ou non...), distinctions auxquelles s'ajoutent aujourd'hui des critères d'activité et d'environnement. (De Kersvadoué, 2009)¹¹⁵

3.2. Les réformes de la deuxième partie du XXème siècle

L'ordonnance du 31 décembre 1958, dite ordonnance Debré est certainement l'acte fondamental de l'hôpital public moderne et en particulier de l'hôpital universitaire puisque c'est dans cette ordonnance qu'a été construit le mariage entre l'hôpital et l'université. Cette ordonnance fixait les objectifs notamment du CHU entre les soins, l'enseignement et la recherche.

Tout a beaucoup changé: « *incontestablement nous avons réussi sur un point qui est celui de faire le mariage de la biologie et de la médecine et nous avons réussi à amener la recherche dans l'hôpital, par contre il y a un formidable manque dans cette ordonnance, c'est la santé publique. Ce ne sont pas des hôpitaux, demain, qu'il nous faut construire mais des pôles de santé* » (Debré, 1973)¹¹⁶

¹¹⁵ De Kersvadoué, j., (2009) *Carnet de santé de la France*, Collection "Carnet de santé de la France"

¹¹⁶ Professeur Debré, (1973), texte écrit pour un discours à l'ENSP.

Le deuxième texte fondamental c'est la loi du 30 décembre 1970 portant réforme hospitalière. C'est vraiment la grande loi qui a été préparée pour construire le monde hospitalier d'aujourd'hui. Beaucoup d'hôpitaux ont été construits à cette époque et beaucoup de personnels y ont été recrutés.

En 1979, Raymond Barre et son secrétaire d'Etat Jean Farge instaure le budget global, avec cette phrase justificative: « *les recettes des hôpitaux sont les dépenses de la sécurité sociale* ». En bloquant les recettes des hôpitaux nous bloquons les dépenses de la sécurité sociale. Il a fallu attendre 1983, pour que Pierre Berregovoy mette réellement en place la réforme de la dotation globale mais qui de fait l'était quand même depuis 79.

Autre étape importante, la loi de 1991, avec ce qui pourrait être considéré comme une confiance accordée aux acteurs de l'hôpital, en leur permettant d'élaborer le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins et le projet social.

L'ordonnance Juppé en 1996 et la loi de 2001-2002 de Bernard Kouchner apporteront trois changements majeurs dans le système : la transmission du dossier au malade lorsqu'il le souhaite, changement absolument considérable sur un plan culturel, des dispositions importantes en matière de santé publique et en matière de régionalisation de santé publique et la réforme de l'internat.

4. Fin du XXème siècle : un hôpital en perte de repères

Cette succession de réformes n'apportent pas les résultats escomptés. Avant tout quand on parle de santé, le terme qui semble venir en premier c'est dépenses de santé comme si les activités qui sont celles des médecins des soignants, des directeurs d'hôpitaux... n'étaient pas création de richesses mais avant tout une consommation de ressources, comme si les acteurs du système de santé n'étaient pas des producteurs de richesses. Dans ce système on a fait de l'offre de soins la régulation de la dépense ; si on maîtrise l'offre de soins on va maîtriser la dépense ; si on maîtrise le nombre de professionnels on va forcément maîtriser ce qu'ils vont dépenser.

Parallèlement la question de la sécurité revêt une ampleur que d'aucuns considèrent comme pathologique. Des sommes considérables sont investies pour diminuer un certain nombre de risques parfois très faibles, au détriment d'un pan de l'activité restant sans réponse. On peut parfois considérer qu'il s'agit d'une véritable obsession sécuritaire. On peut donc remarquer qu'à l'hôpital, la réglementation, à la fois on la craint et l'on s'y réfugie.

Au-delà de ce phénomène au sein de l'hôpital, on commence de plus à plus à parler de travail, de métier, de compétences métiers là où on parlait essentiellement de vocation dans les 50 dernières années du XXème siècle.

Autre point d'évolution, et paradoxe extraordinaire, au moment où l'attente du malade et son exigence sont en train de monter en puissance, le temps disponible auprès du malade se réduit. Ceci du fait de la politique malthusienne, du fait du vieillissement des personnels, du taux d'absentéisme qui augmente, de l'absence de certains remplacements (maternité par exemple) et donc de conditions de travail rendues plus difficiles.

D'autre part, les cloisonnements internes, et à l'externe, les corporatismes rendent les évolutions et changements qui pourraient être favorables à tous, patients et professionnels, lents, difficiles et parfois impossibles. Beaucoup de catégories professionnelles espèrent ces évolutions, puis se réfugient derrière leur réglementation propre. Dans les périodes d'inquiétude, le statut devient refuge, une attitude défensive ou de protection, d'une certaine façon un peu grégaire (Romatet, 2001) ¹¹⁷

¹¹⁷ Romatet, JJ., (2001), Colloque 25 ans du Grieps, Lyon.

5. L'économie sur la scène médicale : plans et réformes de ces dernières années

5.1. Le plan hôpital 2007

Ce plan de modernisation de l'hôpital a été annoncé en conseil des ministres le 20 novembre 2002. Ce plan se concrétise par les ordonnances de 2003. L'objectif du plan était de parachever les réformes engagées en 1995-1996 avec comme axes principaux :

- passer de la régulation administrée à l'autonomie : restaurer la confiance des acteurs du système hospitalier, instaurer une tarification à l'activité incitative, assouplir la planification.
- accompagner les évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat.
- assouplir et moderniser les hôpitaux publics

5.2. La nouvelle gouvernance de 2005

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé :

- rénove l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé. Elle impose des pôles d'activités cliniques et médicotechniques.
- instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens.

La gouvernance est exercée par un conseil exécutif qui, présidé par le directeur chef de l'établissement, sera composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, présidents de CME, et responsables des pôles.

Une véritable cogestion médecin-administration apparaît pour gérer les hôpitaux.

5.3. Le plan hôpital 2012

Le plan Hôpital 2012 (annoncé du 13 février 2007) succède au plan Hôpital 2007. Il vise à maintenir durant la période 2007-2012 un niveau d'investissement équivalent à celui de la période précédente et nécessaire à la réalisation des SROS III, au développement des systèmes d'informations et à certaines mises aux normes de sécurité.

Le plan 2007 s'achève sans avoir couvert tous les besoins. Le nouveau plan d'investissement doit garantir cette poursuite de dynamique, sans rupture.

Le principe d'un plan Hôpital 2012 associant la modernisation et l'efficience, justifiant une sélection rigoureuse des projets retenus, est admis, du moins sur son principe. La mesure de l'efficience par des outils du type « calcul du retour sur investissement », complété par une appréciation plus qualitative du service rendu notamment médical, sera intégrée dans la méthodologie de sélection des opérations ; L'objectif étant de vérifier qu'il n'y a pas de sur investissement, par sur dimensionnement ou absence de remise en cause des organisations.

Il poursuit comme double objectif l'amélioration de l'efficience de l'offre hospitalière, la poursuite de la modernisation technique des établissements de santé. Le plan Hôpital 2012 est composé de deux volets, l'immobilier et les systèmes d'information (SI). Sa mise en œuvre est déclinée en deux tranches d'investissement.

5.4. La dernière réforme en date : Loi Hôpital Patients Santé Territoires

5.4.1. Le sens et la finalité de la loi

La loi a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle doit permettre la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale. Les principales mesures sont les suivantes :

- La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS),

- Une nouvelle gouvernance des hôpitaux,
- La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, le but étant de repeupler les déserts médicaux en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux,
- Des mesures de prévention et de santé publique.

Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de communautés hospitalières de territoire pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale d'établissement (CME), médecin élu par ses pairs, coordonnera la politique médicale avec le directeur, et non plus sous son autorité, comme le stipulait le texte initial. Les communautés hospitalières de territoire ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

Le statut des établissements de santé est profondément modifié avec la définition d'un statut unique pour l'ensemble des établissements de santé et la création des établissements de santé privés d'intérêt collectif qui remplacent de manière générale les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Elle simplifie également les catégories d'établissements.

5.4.2. Les modifications pour ce qui concerne l'hôpital et sa gouvernance

Concernant les missions de l'hôpital, l'élément essentiel est le changement de terminologie, qui substitue la notion de service public à celle du service public hospitalier. Le directeur de l'ARS organise l'offre de soins du service public au sein d'un territoire de santé.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration. Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et de dépenses et sur le programme d'investissement. Il communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est composé de collègues en nombre égal: d'au plus cinq représentants des collectivités territoriales, d'au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, d'au plus cinq personnes qualifiées, parmi lesquelles deux personnes désignées par le directeur général de l'ARS et 3 par le préfet de département, dont 2 représentants des usagers.

Le directoire et le directeur de l'établissement ont des nouvelles missions. Le directeur de l'établissement : conduit la politique générale de l'établissement, dispose de larges pouvoirs dont un pouvoir de nomination dans l'établissement, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles, après concertation avec le directoire, il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les délégations de service public avec l'Ars ;

Les directeurs des CHU et CHR sont nommés par décret. Pour les autres établissements, ils sont nommés par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.

Le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement. Il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Le président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement. Le directoire comporte 7 membres et 9 dans les CHU.¹¹⁸

¹¹⁸ Le directoire comporte 7 membres et 9 dans les CHU. : le directeur, président du directoire, le président de la CME, vice-président, le président de la commission des soins infirmiers, des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance. Dont trois membres de profession médicale, qu'il nomme sur présentation d'une liste établie par le président de la CME. Pour les CHU cette liste est établie par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, en cas de désaccord, le président nomme les membres de son choix.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.¹¹⁹

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;

Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une activité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. Ce texte réaffirme donc la fonction de manager à part entière des médecins chef de pôle introduite par la réforme de 2005.

¹¹⁹ Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

5.4.3. L'imposition d'une ouverture nouvelle de l'hôpital : les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités : CHT et GCSM.

Les CHT : communautés hospitalières territoriales entre établissements public de santé, peuvent conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétence et à la télémedecine. Un établissement ne peut être partie que d'une seule convention de CHT. Un ou plusieurs établissements peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT. La convention est préparée par le directeur et les présidents des CME et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements, après avis de leurs conseils de surveillance. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.

Les GCSM : groupements de coopération sanitaire de moyens, peuvent être constitués par des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, medicotechniques, d'enseignement ou de recherche ; pour réaliser des équipements d'intérêt commun et pour être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation des équipements lourds ; permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement. Ce groupement poursuit un but non lucratif et est soumis à une convention approuvée par le directeur de l'ARS.

6. L'état de santé de l'hôpital

6.1. Qu'en est-il de la maîtrise des dépenses de santé

Déjà déficitaire en période de croissance, la Sécurité sociale passe en déficit structurel. Les déficits hospitaliers ont tendance à se creuser, les dépenses pharmaceutiques sont en hausse. La France a toujours beaucoup d'établissements hospitaliers, elle hospitalise plus que ses voisins, prescrit beaucoup, utilise une proportion croissante de médecins spécialistes (De Kervasdoué, 2009).¹²⁰

En 2004, a été introduite la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A), cette dernière vise à lier les ressources financières d'un établissement à son activité. Dans son intention initiale, la T2A est un outil pertinent, puisqu'elle tend à mettre en adéquation des moyens attribués aux établissements et leur activité, quantitativement et qualitativement. Un système peu ou prou similaire est d'ailleurs appliqué dans la plupart des pays industrialisés. Grâce à la T2A, la comptabilité analytique hospitalière a déjà évolué et un effort considérable a été effectué pour mieux appréhender la formation des coûts ; une vision plus dynamique de l'activité permet une comparaison plus assurée entre ce qu'il faut bien appeler les « parts de marché » des secteurs public et privé.

Mais la T2A est dénoncée dans son aspect inflationniste pour l'activité : *« la T2A s'inscrit dans un système contraint et fermé avec l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), ce qui a pour conséquence ultime d'inciter à une activité inflationniste : plus on travaille, plus on a de ressources. Les tarifs n'évoluant guère, le seul moyen d'augmenter les recettes est d'accroître l'activité. A défaut, tandis que les charges ne cessent d'augmenter, le risque de déficit se mue en certitude. Quant aux Migac, nous souhaitons qu'elles soient mieux identifiées, mieux quantifiées, plus réalistes, avec des enveloppes couvrant le coût des missions de service public qu'assument les seuls hôpitaux publics »* (Hériaud, 2012).

Enfin, une partie non négligeable de l'activité hospitalière, psychiatrie, soins de suite et de rééducation (SSR) n'est pas financée en T2A, alors qu'elle représente plus de 30 % de

¹²⁰ De Kervasdoué, j., (2009) *Carnet de santé de la France*, Collection Collection "Carnet de santé de la France"

l'activité hospitalière. Ainsi la T2A ne serait pas suffisamment souple et adaptée à la réalité des coûts. (Fréchou, 2012).

Le codage des actes fait aussi parfois problème, à la fois c'est le juste codage qui rendra bien compte de l'activité réelle mais est-ce au médecin d'y passer du temps au détriment de son cœur de métier qui est de soigner ? Et si cette activité est déléguée à un personnel administratif, en a-t-il les compétences ? Certains établissements petits et moyens centralisent la codification. Ailleurs, on a créé - par redéploiement - des postes de techniciens d'information médicale. Ils assurent l'interface entre les actes effectués par le médecin et leur traduction en codification.

La T2A est équitable en son principe, mais devient inéquitable dès lors que l'on néglige les surcoûts directs ou indirects, notamment les activités à fort impact social comme les patients en situation de précarité ou les personnes âgées. A cet égard, le codage proposé est très imparfait, puisqu'il ne prend pas en compte la dimension sociale.

La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. S'il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, il semble qu'une concurrence s'établisse entre pôles.

La dernière loi suffira-t-elle à stabiliser la situation et permettre d'atteindre les objectifs fixés?

Pour certains, elle ne prend pas en compte les vraies priorités. *«Nous ne pensons pas qu'elle traite de ce qui aurait dû être ces deux priorités : la dérive non financée des dépenses de soins et l'évolution démographique très inquiétante de la médecine générale. La situation économique aggrave le déficit structurel de la Sécurité sociale et alors que le financement des retraites n'est toujours pas assuré, malgré d'incessantes et douloureuses réformes. Des mesures qui auraient permis de réaliser quelques économies comme celle relative à la détention du capital des laboratoires de biologie, ont même été abandonnées. Et sur tout autre plan, quoique fasse le Gouvernement, le nombre des généralistes exerçant en ville va*

diminuer de moitié entre 2008 et 2020. Le système de soins ne va plus être le même » (J. De Kervasdoué, 2009).¹²¹

On cherche aujourd'hui à préserver la qualité des soins en utilisant au mieux l'argent public. L'une des solutions pourrait être le parcours de soins qui tend à éviter les redondances et à recentrer les soins sur la prise en charge de proximité. Or, la T2A pour certains est un obstacle à la mise en place de parcours de soins...

« Tout serait différent si les financements prenaient en charge non un séjour mais un parcours. Ce serait sans doute compliqué. Pour avancer, on pourrait envisager des expérimentations régionales portant sur certaines pathologies lourdes comme le cancer ou les pathologies cardio-vasculaires. Les confrères de ville sont nos principaux clients, avant même les patients. Nous avons donc en réalité tout intérêt à favoriser une coopération, mais ce n'est pas toujours simple : ni le médecin de ville, ni l'hôpital ne tient par exemple à prescrire un transport médical. Ainsi, le débat relève du plan national plus que du niveau local » (Fellinger, 2012).¹²²

6.2. Les professionnels à l'hôpital : des métiers et « mondes » différents

6.2.1. Médecins : une profession qui se féminise

Entre 2001 et 2009, le nombre d'emplois médicaux¹²³ a augmenté de 8,7%, passant de 138 000 à 150 000 - emplois médicaux et non les équivalents temps plein (ETP). Cette hausse générale s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes médecins : +27,1% en 8 ans alors que les hommes sont aussi nombreux en 2001 qu'en 2009 (+0,5%). Cette féminisation du personnel médical, liée à l'augmentation de la part des femmes parmi les diplômés de médecine, se constate quel que soit le secteur : respectivement +28,8% et

¹²¹ De Kervasdoué, J., (sous la direction de), 2009 « Economie et politique de santé 2006-2009 » in *Carnet de Santé de la France* 2009,

¹²² F Fellinger Comptes rendus de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, 7 mars 2012

¹²³ On entend par emplois médicaux les personnels médicaux salariés des établissements publics et privés, rémunérés en décembre, et les libéraux des établissements privés, en activité en décembre

+29,6% de femmes dans les établissements publics et privés non lucratifs et +18,5% dans les cliniques privées.

Les femmes représentent ainsi 36,1% du personnel médical en 2009 contre 30,8% en 2001. Les femmes choisissent de préférence le salariat et se tournent moins fréquemment vers l'exercice libéral.

Elles travaillent désormais aussi souvent à temps plein que les hommes. En 2009, au sein du personnel médical salarié, les femmes sont 55,6% à travailler à temps plein contre 58,8% pour les hommes alors qu'en 2001 elles étaient 46,5% et les hommes, 51,3%. Il n'y a donc plus de spécificité de l'emploi des femmes en 2009. ¹²⁴

6.2.2. Un personnel non médical majoritairement féminin et soignant

Le nombre d'emplois non médicaux rémunérés en décembre a également augmenté entre 2001 et 2009. Cette hausse est à relier directement à la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé et au passage des ETP de 39 heures à des ETP de 35 heures. ¹²⁵ L'adaptation de l'organisation et des recrutements des établissements de santé au contexte des 35 heures et à la croissance de l'activité a été progressive. Au final, les gains de productivité sembleraient avoir permis d'absorber l'augmentation des volumes d'activité. de la productivité. En 2009, le personnel soignant représente 70,6% des ETP non médicaux. (Studer, 2011) ¹²⁶.

Sur la période 2001-2009, les emplois non médicaux sont majoritairement occupés par des femmes et ce, quel que soit le secteur. En 2009 elles représentent 80% des ETP non médicaux dans les établissements publics et privés non lucratifs et 85% dans les cliniques privées. En termes de catégorie, le personnel des services de soins reste majoritaire, représentant 70,6% des ETP non médicaux en 2009.

¹²⁴ N. Studer, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public », in *Economie et Statistiques*, INSEE. 114, mars 2011

¹²⁵ En 2001, environ 960 000 ETP non médicaux travaillaient dans les établissements de santé. Avec le passage aux 35 heures, soit 4 heures de travail hebdomadaire en moins, il faudrait environ 1 070 000 ETP non médicaux pour produire le même nombre d'heures de travail.

¹²⁶ Studer, N.(2011), «Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public», in *Économie et Statistiques*, INSEE. 114, mars 2011.

6.3. L'organisation de travail et les relations interprofessionnelles: à la recherche de plus de coopération

6.3.1. Une organisation complexe

La division du travail est jugée pesante quand les contraintes sont exogènes au champ d'expertise ou que les difficultés rencontrées sont difficiles à définir. La coordination des tâches et la gestion des aléas, essentielles pour la qualité des soins, en sont une illustration. L'activité soignante est perçue comme plus linéaire et certaine qu'elle ne l'est réellement. Et quand il s'agit de réduire le risque clinique, l'important n'est pas tant de rationaliser le fonctionnement des services que de maîtriser la trajectoire des patients. La rationalisation est donc forcément négociée car elle se fonde sur la flexibilité et la capacité des médecins et des équipes à ajuster leurs façons de travailler. Cette « *gestion de la singularité à grande échelle* » requiert des savoirs organisationnels encore largement méconnus (Minvielle, 2000)¹²⁷

Or l'organisation du travail hospitalier est de plus en plus complexe. D'une part, la qualification des emplois a entraîné une spécialisation et une multiplication des métiers hospitaliers (médecins spécialistes, ingénieurs, cadres médicotechniques, infirmières plus ou moins spécialisées, administratifs, assistantes sociales, etc...) et, d'autre part, le nombre d'interlocuteurs augmente : les malades bien sûr, mais aussi les médecins libéraux, d'autres établissements, les collectivités locales, les tutelles. Les configurations d'action sont fragiles et changeantes, elles requièrent un travail d'articulation de tous les instants pour éviter les risques et permettre de maîtriser les trajectoires des patients.

Ces dernières années voient l'organisation du travail des paramédicaux s'organiser en 12h. Le décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à son organisation stipule que : "En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne

¹²⁷ É. Minvielle, « Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers », in G. Cresson et F.-X. Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, ENSP, 2000.

du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures". Or, compte tenu du temps de transmissions et des 15 à 30 minutes, qui se rajoutent, les 12 heures sont systématiquement dépassées pour permettre la relève des équipes.

Ce travail en 12h constitue-t-il une solution d'avenir ou une fuite en avant ?

S'il se limitait auparavant aux services de réanimation et des urgences, voire au travail des sages-femmes en maternité, ce type de planification du temps de travail tend à se généraliser à la chirurgie, la gériatrie, la médecine, la psychiatrie, voire parfois à tout un hôpital. Un mouvement "*irréversible*", selon Jean-Marie Barbot, président de l'ADRHESS. Au-delà du bienfait qualitatif – ou non – de tels horaires, il importe avant tout, à ses yeux, d'œuvrer par pragmatisme dans l'évaluation et la concertation *car "c'est une solution mais ce n'est pas la panacée"*. La communauté des directeurs n'est pas aussi unanime sur le sujet que certains opposants aux 12h voudraient le laisser croire. "*Il ne faut pas se voiler la face, c'est avant tout une source d'économies pour les hôpitaux*", (Michel Dogué, directeur du CHS Théophile Roussel de Montesson, Yvelines)¹²⁸. Le travail en 12h, peut représenter un danger pour le patient et pour la vie personnelle d'agents. Une rupture forte s'opère entre temps de travail et vie personnelle et familiale. Les temps de chevauchement horaire entre équipes sont quasi inexistant, les jours travaillés réduits. Cette situation n'est pas favorable à la cohésion d'équipe et met les cadres en difficulté, lorsqu'ils cherchent à impliquer les professionnels dans des projets à fort enjeu. En outre, cela pose aussi de réels problèmes de planning et de remplacements, la moindre absence engendrant une perte de 50% sur les effectifs.

¹²⁸ HOSPIMEDIA 8/04/2013 En 2010, à l'occasion d'une vaste enquête sur les conditions de travail dans les établissements de santé, la CFDT Santé-sociaux estimait alors qu'environ 4% des hôpitaux étaient concernés (lire nos sujets du 04/05/2011 et du 06/07/2012). Présentée ce 4 avril lors d'un colloque de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS), un travail sur la gestion du temps de travail dans les hôpitaux franciliens révèle que 35 des 49 structures ayant répondu ont une organisation en 12h pour tout ou partie de leur personnel, un établissement affirmant même que cela concerne 100% de son personnel soignant. Le dispositif touche les activités de Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour 19 structures mais aussi, et cela pose question sur le bien-fondé de l'aspect dérogatoire et non pérenne des 12h, les Soins de longue durée (SLD) et EHPAD pour 19 établissements, les Soins de suite et de réadaptation (SSR) pour 14 voire la psychiatrie pour 9. Au CH Sainte-Anne, cela reste anecdotique et ne cible que les urgences mais d'autres hôpitaux psychiatriques franciliens sont plus avancés dans ce domaine. Le GH Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne) le programme pour sa part dans sa future Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Beaucoup de médecins ont du mal à se situer. Le sentiment d'indépendance auquel ils sont attachés serait en péril, l'imposition de normes multiples porterait atteinte à leur liberté et au capital de confiance sur lequel repose leur profession. Les sociologues ont montré que la coopération nécessaire pour améliorer la qualité des soins est inconfortable pour les professionnels obligés à travailler autrement, de façon moins segmentée et parfois moins valorisante pour leur spécialité. La crise infirmière trouve là une part de son origine. L'effort de construction d'un savoir infirmier fondé sur une philosophie de soin, des standards de pratique et des outils spécifiques n'est pas soutenu par l'ensemble du groupe professionnel « éclaté et fragilisé par le développement d'autres professions » (Acker, 2003).¹²⁹

Par ailleurs, les frontières entre les professions évoluent et les transferts de compétences possibles sont étudiés sous la pression des évolutions démographiques défavorables (on manque de médecins dans certaines spécialités) mais aussi à la lumière des comparaisons internationales (les besoins en médecins sont aussi dépendants des modèles d'organisation des soins). La délégation de compétence est à l'ordre du jour et elle interroge directement l'identité des médecins et la définition de leur « vrai métier », mais aussi celle des infirmières soucieuses d'être reconnues comme des partenaires à part entière et non comme de simples exécutantes. Quant aux aides-soignantes, elles peuvent développer le sentiment de faire le « sale boulot » et de devenir le « personnel invisible ». Alors même qu'elles cherchent à investir l'espace des relations avec les malades, au prix parfois d'une tension avec les infirmières (Arborio, 2012).¹³⁰

¹²⁹ Acker, F., 2003, « Les infirmières : une profession en crise ? », in J. de Kervasdoué (dir.), *La Crise des professions de santé*, Dunod.

¹³⁰ Arborio, A-M., 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica, coll. «sociologiques».

6.3.2. Plus de coopération, de démocratie, d'efficience

L'usage des techniques a un effet sur les relations entre soignants et malades. La personnalité du malade tend à disparaître derrière « *le cas* » ou la prégnance accordée à des résultats d'analyses. La dimension relationnelle s'estompe sous l'effet d'une objectivation toujours plus poussée des examens. La réduction des durées de séjour, du temps de travail et l'intensification des activités poussent à se consacrer en priorité aux actes techniques.

Le désir de savoir ou le sentiment d'insécurité du patient fait qu'il exige des examens complémentaires. Il rejoint, ainsi, le souci des médecins de « se couvrir » en cas d'incertitude. L'engagement de la responsabilité médicale et la crainte d'un recours en justice favorisent l'utilisation des plateaux techniques : tout se passe comme si la confiance faite au médecin se déplaçait vers les résultats d'analyses ou les images. En même temps, cette forme de déshumanisation est en contradiction avec l'aspiration des patients à se voir reconnaître comme partie prenante de leur propre santé. L'impératif de compliance (respect, par le patient des prescriptions médicales) est contesté par les malades qui font valoir le respect de leurs choix, parfois de leurs savoirs profanes. Parallèlement, une posture consumériste et des exigences croissantes au sujet des prestations hospitalières sont souvent dénoncées par les professionnels médicaux et non médicaux. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a voulu placer l'usager au centre du système de santé en rééquilibrant la relation entre professionnel et profane pour rendre effectifs les principes d'autonomie et d'égalité des volontés.

Pressé par une production immodérée de lois et nouveaux dispositifs réglementaires, contraint par une pression budgétaire continue, appelé à s'adapter aux normes européennes, l'hôpital doit faire face aujourd'hui à plusieurs défis. Le premier est d'inventer un nouveau mode de fonctionnement plus coopératif, plus démocratique, plus efficient. Et rien ne pourra se faire sans les professionnels de santé, tout particulièrement les médecins. C'est le pari de la gouvernance hospitalière. Le deuxième défi est celui de la relation aux usagers auxquels il faut apporter des soins sécurisés et de qualité, mais qu'il faut aussi informer, écouter et admettre comme partenaires. Les anthropologues ont montré la difficulté et l'ambiguïté du projet. Une meilleure articulation avec son environnement représente un autre défi pour l'hôpital, qu'il s'agisse des réseaux de santé, des programmes régionaux de santé, de

l'inscription dans les territoires de santé. Enfin, les missions sociales de l'hôpital constituent un défi permanent : l'hôpital demeure un lieu d'accueil dans une société où existe l'insécurité sociale.

6.4. Halte aux réformes

Toute évolution brutale dans un système institutionnel entraîne des réactions de rejet. Un rythme trop soutenu de changements est générateur de stress, or selon les différentes théories du stress, l'effet stress est ressenti quand les sollicitations stressantes deviennent supérieures aux ressources de la personne pour y faire face.

Lorsqu'un animal rencontre un danger quelconque son cerveau reptilien lui annonce deux solutions possibles dans le but de faire face à la situation :

- La fuite devant le danger, en s'éloignant ainsi de la source du stress, on élimine les signaux externes qui l'ont causé.
- L'attaque dans le but de supprimer la source du stress et ainsi par là même, éliminer les signaux externes qui l'ont fait apparaître.

Chez l'homme évoluant dans une société civilisée, fuir ou attaquer n'est pas souvent possible. On ne peut agresser son patron par peur de perdre son emploi ou fuir subitement pour les mêmes raisons et bien d'autres encore. Ainsi, l'humain moderne se retrouve en « *inhibition d'action* ». Les impacts physiologiques et sur différents organes (cœur, système digestif, système hormonal) deviennent alors majeurs, il y a une fragilité considérable sur le plan physique, et la personne est en fort risque de somatiser. (H. Laborit, 1983, 1987)

Or, les études réalisées ces dernières années sur le secteur hospitalier (à l'instar d'ailleurs d'autres milieux professionnels) montrent la montée en charge de la souffrance au travail et des risques psychosociaux.

Faire une pause dans les réformes, telle est aujourd'hui la première attente des médecins et responsables administratifs des hôpitaux. C'est l'une des principales conclusions d'un rapport remis à Xavier Bertrand, en avril 2012.¹³¹

La loi Bachelot "Hôpital, Patients, Santé, Territoire" avait en particulier été très mal perçue. Aujourd'hui, elle est en place. Et même si elle est toujours critiquée, les hospitaliers semblent souhaiter qu'on leur accorde le temps de la digérer, plutôt que de voir arriver une "énième réforme de la réforme" - en tout cas pour le volet gestion interne des établissements. D'autres aspects de la loi, en revanche, demandent à l'évidence que l'on remette l'ouvrage sur le métier. Les Agences Régionales de Santé, en premier lieu. La mayonnaise semble ne pas vouloir prendre entre les établissements et ces nouvelles structures, chargées de piloter la politique de santé de l'Etat en région, surtout perçues comme une "*nouvelle bureaucratie administrative*". Un vrai raté, d'autant plus que les attentes du monde médical étaient fortes vis-à-vis des ARS.

Le rapport revient également sur les paradoxes des politiques menées ces dernières années. Il y a d'abord eu la réforme du mode de financement des hôpitaux, désormais largement liée à leur activité. Puis le choix de miser sur les "coopérations entre établissements" pour faciliter la restructuration du tissu hospitalier, plutôt que d'imposer d'en haut des fermetures de services. Deux politiques en réalité contradictoires, puisque le nouveau mode de financement met de fait les hôpitaux en concurrence. Guère étonnant, donc, que les responsables hospitaliers ne se soient pas massivement précipités dans ces "coopérations"...

¹³¹ Le ministre de la santé Xavier Bertrand, le 17 juin 2011, a missionné deux personnalités du monde hospitalier pour mieux comprendre le malaise ressenti dans les établissements après l'avalanche de réformes menées pendant le quinquennat et durant la dernière décennie. Une équipe restreinte de neuf responsables hospitaliers, directeurs et médecins a été cooptée pour assurer cette mission, la coordination était assurée par le Dr Francis Fellingner, Président de la Conférence nationale des Présidents de CME, et Frédéric Boiron, Président de l'Association des directeurs d'hôpital. Elle a assuré 45 réunions territoriales, et, présenté son rapport, au ministre, en avril 2012.

Conclusion du chapitre 4

Il nous a semblé essentiel dans ce travail de reprendre les évolutions fortes et les transformations vécues par l'hôpital.

En effet les valeurs d'une entreprise, d'une organisation, sont inscrites dans son histoire. Certaines valeurs traversent les mutations et perdurent malgré des changements majeurs. On peut penser, que l'on retrouve cela pour certaines valeurs humanistes du soin. Ainsi, le respect de l'autre, de sa dignité, de sa fragilité, sa vulnérabilité et sa souffrance, en lien avec les motivations qui portent vers des métiers médicaux ou paramédicaux.

Mais des valeurs nouvelles sont entrées, visiblement aujourd'hui, dans les systèmes de soins et à l'hôpital. Des valeurs du travail, des valeurs d'entreprise comme l'efficacité et la performance. La recherche d'un fort professionnalisme aussi, avec la déclinaison des activités de soins en compétences, la toute-puissance du savoir, sur d'autres dimensions plus subtiles et plus subjectives dont les qualités du savoir-être pourtant si essentielles dans les métiers médicaux, soignants, rééducateurs...mais plus difficiles à faire entrer dans les « tiroirs » d'un référentiel explicite, argumenté.

D'autre part, l'hôpital a toujours été un milieu professionnel très féminin, tenu par des congrégations religieuses de femmes, puis avec des infirmières laïques qui ont toujours représenté en nombre la forte majorité de l'ensemble du personnel. Mais dans la deuxième partie du XXème siècle les postes occupés par des hommes, même minoritaires en nombre étaient des postes de pouvoir : médecins, directeurs...

Cette situation évoluera, à partir de 2015. Peu à peu les postes de médecins seront pris par des femmes, quant aux postes de directions il semble y avoir une volonté de parité. Or, « the care » est une valeur et disposition humaine qui apparaît comme une prédisposition ou habileté plutôt féminine : *« le travail que j'ai effectué...indique que l'inclusion de l'expérience féminine apporte une nouvelle perspective sur les relations humaines, qui changent le fonctionnement même de l'interprétation du développement. Le concept de l'identité s'élargit pour inclure l'expérience de l'interdépendance ; le domaine moral s'étend également et inclut la responsabilité et la sollicitude dans les rapports interpersonnels....Si on se met à l'écoute de la voix différente des femmes, on découvre la réalité d'une éthique du 'care' : elles nous disent quel est le rapport entre la relation avec*

*autrui et la responsabilité, et comment l'origine de l'agression est une déchirure de la trame des relations humaines. »*¹³²

Il s'agit aussi d'entrevoir une évolution possible des principes de justice. « *Alors que l'éthique de justice est fondée sur le principe de l'égalité – chacun doit être traité de la même manière – l'éthique du care repose sur le précepte de la non-violence – il ne doit être fait de tort à personne* ». ¹³³

¹³² C. Gilligan, *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Champs essais, 1982, 1986 et 2008, p.276-277

¹³³ Op cit, C.Gilligan, p.277

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Nous tentons, à partir de cette première partie de nos travaux, une première ébauche de modélisation de ce que pourrait être l'éthique dans le management à l'hôpital,

L'analyse du contexte nous permet de repérer que la nécessaire introduction d'une gestion efficiente de l'hôpital a entraîné une focalisation forte sur une normalisation de l'offre de soin et sur son coût de production. Alors qu'il était reproché à certains médecins de ne voir que « l'organe » et non le malade, la normalisation abusive des parcours de soins comporte certainement le même risque. Bien évidemment, il ne s'agit pas, ici, de contester le bien-fondé d'évaluer les soins en regard de référentiels de « bonnes pratiques » ou d'EBM (Evidence-Based Medicine)¹³⁴, mais de maintenir en parallèle une réflexion et un questionnement sur ce qui peut vraiment définir la qualité des soins, en mettant en exergue le qui on veut soigner et comment veut-on le soigner.

De la même manière, une focalisation excessive sur des indicateurs économiques risque de faire oublier que le service qui produit les activités, ainsi comptabilisées et appréciées financièrement, s'adresse à des êtres humains le plus souvent en état de souffrance ou de vulnérabilité. Il s'agit alors de préserver un questionnement sur l'humanité des soins offerts.

Les risques et les effets délétères, possibles, du Nouveau Management Public, sont déjà repérés par des études récentes, comme nous l'avons vu. Il nous semble donc important de situer l'éthique, comme pouvant limiter les effets néfastes de ce management. Pour cela, il est nécessaire de caractériser ce qui peut constituer et construire cette dimension éthique du management. L'éthique managériale est portée par des hommes et s'adresse, à d'autres hommes, ici, à l'ensemble des personnels œuvrant au sein de l'organisation hospitalière.

Nous retenons de l'étude des concepts deux démarches qui nous apparaissent complémentaires. D'une part, une démarche institutionnelle consistant à créer un guide des

¹³⁴ L' Evidence-Based Medicine (ou la médecine fondée sur les preuves) se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient (Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson . Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.). Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

attitudes et pratiques managériales à promouvoir. On est ici dans la sphère déontologique de l'éthique, et il s'agit d'élaborer, dans le cadre d'une charte, des principes de fonctionnement managériaux, s'appuyant sur des valeurs partagées. Cela nécessite qu'il y ait une vraie démarche de réflexion et de partage des valeurs. Valeurs que chacun fait siennes dans sa fonction de manager, du directeur au cadre de proximité, en passant les médecins et l'encadrement intermédiaire. Le projet managérial, proposé dans le rapport de Chantal de Singly, prend en compte cette démarche. Bien évidemment, au-delà de sa formalisation, c'est la dynamique instaurée pour l'élaborer qui est fondamentalement intéressante, ainsi que, la manière dont ce projet se mettra en œuvre dans les pratiques managériales individuelles et collectives.

La deuxième dimension de ce management éthique concerne le développement individuel de d'une identité éthique, pour chaque manager, que nous nommerons leadership éthique. Les différents modèles explicités par les études sur le leadership, nous amènent à nous arrêter, plutôt sur des modèles qui s'inscrivent dans une approche dite d'humaniste, tel que le leadership transformationnel, voire le leadership spirituel. Toutefois, pour ce qui concerne ce dernier, nous pouvons imaginer que le terme « spirituel » puisse être difficile à introduire dans une organisation, qui certes a ses racines dans le champ religieux, mais qui est fort éloigné de ce qui fonde le Nouveau Management Public. Il nous semble particulièrement intéressant d'y associer le modèle de leadership collectif, ou « *leadership partagé* ». En effet, l'institution hospitalière est réputée pour son fonctionnement clanique et les cloisonnements qui y perdurent malgré l'introduction de la nouvelle gouvernance.

Le modèle construit par Whitener et ses collègues (1998) distingue deux grandes dimensions de l'éthique du manager. La première concerne les caractéristiques personnelles du dirigeant avec trois grandes caractéristiques, le manager éthique est authentique, fiable, constructif. La deuxième porte sur les critères qui permettent de juger l'éthique du manager dans la manière dont il traite ses subordonnés. Trois critères sont cités : la qualité de la communication, le souci du bien-être des employés, le partage et la délégation du pouvoir.

La qualité de communication se caractérise par la capacité à expliquer les décisions prises, et l'instauration d'un échange authentique entre le manager et les agents. On peut noter que cette dimension est intrinsèquement incluse dans la posture empathique.

Le souci du bien-être des employés et la protection de leurs intérêts sont retrouvés pleinement dans le *care* dans deux dimensions, de sa traduction française, la sollicitude et le

prendre soin. Le courant du « *servant leader* » intègre totalement ces acceptions du « *care* ». Ceci nous apparaît intéressant dans le contexte hospitalier tel qu'il est décrit aujourd'hui. Le « *servant leadership* » est certainement un modèle de leadership à interroger pour le management à l'hôpital.

Quant au partage et à la délégation du pouvoir, considéré comme des récompenses sociales qui symbolisent l'approbation et le respect que le manager accorde à son subordonné, on peut rapprocher ce critère du principe « d'empowerment ».

Nous nous retrouvons donc avec ces trois concepts (empathie, « *care* », et empowerment) fondamentaux dans la relation soignant-soigné, et l'éducation thérapeutique, que nous envisageons comme pouvant être promus en valeurs managériales. Ceci, selon le modèle de l'éthique du manager, dans la façon dont ils gèrent les salariés, décrit par Whitener et ses collègues.

Ainsi, on peut interroger d'une part l'instauration d'une démarche éthique managériale et l'émergence de leaders éthiques. Nous pouvons imaginer qu'une gouvernance nouvelle de l'hôpital, en recherche d'une déconcentration et d'une délégation de gestion dans le cadre de la nouvelle organisation par pôle, puisse tirer des bénéfices de leaderships nouveaux et/ou d'un leadership partagé.

Partie 2 : LES REPRESENTATIONS
PAR LES ACTEURS CONCERNES
D'UN MANAGEMENT ETHIQUE
POUR L'HOPITAL

INTRODUCTION PARTIE 2

Notre cheminement dans la première partie de nos travaux, nous a, d'une part, permis de poser de manière assez globale la problématique actuelle des hôpitaux et, d'autre part, d'approfondir le concept d'éthique managériale et plus spécifiquement d'une « *éthique du care* ».

Il s'agit pour nous, maintenant, de confronter et d'enrichir cette première vision d'une « *éthique du care* », favorable au maintien d'une certaine humanité au sein du management et des relations interpersonnelles, face à une forte normalisation et rationalisation des processus de soins introduites par le Nouveau Management Public.

Des questions nouvelles apparaissent :

- Peut-on imaginer que dans le cadre d'un leadership partagé ou communautaire le modèle de leadership soit différent en regard du positionnement hiérarchique ?
- Un modèle peut-il être spécifique à une position hiérarchique : un leadership charismatique transformationnel pour le *top management*, un leadership transactionnel pour l'encadrement intermédiaire, le « *servant leadership* », avec une forte imprégnation du *care* pour les cadres de proximité ?
- Peut-on envisager un « *leadership clinique* » de la part des professionnels médicaux et paramédicaux, faisant émerger les plus experts, pour qu'ils puissent à leur tour influencer leurs pairs vers plus de compétence et d'expertise?

Notre choix méthodologique a porté sur une recherche de type qualitatif. En effet, il s'agit pour nous de poursuivre dans le champ de la compréhension du management hospitalier actuel, à travers les représentations que les acteurs du terrain en ont et la manière dont ils les explicitent.

Les résultats de cette étude qualitative longitudinale doivent nous orienter sur ce que peut signifier, pour les managers de l'hôpital d'aujourd'hui, une éthique et la dynamique d'une éthique du « *care* » en management.

Cette étude comporte une revue de presse d'un média professionnel hospitalier : Hospimédia. Nous y avons sélectionné les articles à partir de trois mots clés « management, leadership, et/ou éthique ». Puis, dans le cadre d'entretiens auprès des acteurs du terrain sur principalement deux hôpitaux, nous sommes allés à la recherche des déclinaisons du management hospitalier et des constructions du « *care* » qu'ils pouvaient nous livrer.

A partir de cette étude et de l'analyse de l'ensemble des données ainsi recueillies nous décrivons quelques manifestations d'une éthique du « *care* » dans des pratiques managériales quotidiennes et/ou dans le cadre d'une gestion à moyen ou plus long terme des ressources humaines. Puis nous proposons quelques pistes pour une modélisation d'une dynamique « *éthique du care* » dans le cadre d'une gouvernance qui valorise la recherche d'un leadership partagé pour l'hôpital de demain.

**Chapitre 5 : LE MANAGEMENT A
L'HOPITAL A TRAVERS UNE REVUE
DE PRESSE DE « HOSPIMEDIA**

Introduction du chapitre 5

Nous avons assuré une sélection des articles et communications pour alimenter notre recherche à partir de trois mots clés et de leur croisement : « management », « leadership », « éthique ». Sur la période du 1er août 2011 au 31 juillet 2013 nous avons ainsi obtenu 64 communications en lien avec notre étude.

Pour venir nourrir notre recherche, la lecture rétrospective d'Hospimédia, a été guidée par quatre questions :

- quelles sont les mouvances, voire les turbulences qui animent l'hôpital aujourd'hui et qui tendent à confirmer l'idée d'un hôpital en crise ou mutation ?
- Comment le management, aux différentes strates, réagit-il pour maintenir à flot voire innover dans ce service public ?
- Qui sont les managers ? Quel leadership mobilisent-ils ?
- Note-t-on une évolution des valeurs, l'émergence de valeurs nouvelles, la disparition d'autres, un mouvement vers l'éthique managériale ?

Nous avons classé ces communications, sous forme de tableau, de manière chronologique, en reprenant leur titre et en spécifiant leur l'objet (cf. Annexes p. 42).

Du traitement des données ainsi recueillies, nous dégageons trois grandes thématiques, que nous avons réorganisées en sous-thèmes. Ainsi, nous avons des communications et articles se rapportant ou spécifiant :

- L'état de lieux actuel de l'hôpital au sein du système de santé avec :
 - L'impact des réformes : délégation de gestion et présentation d'une organisation en pôle balbutiante en 2011-2012, puis à l'origine d'expériences innovantes et encourageantes début 2013.
 - Des conditions de travail qui se dégradent et génèrent stress, souffrance et risques psychosociaux.

- Un management entre gestion et leadership face à des attentes et comportements nouveaux des agents et des usagers:
 - La recherche de l'efficacité,
 - L'implication des médecins dans la gestion économique,
 - Le leadership du ou des managers, hommes ou femmes,
 - Les évolutions en matière de gestion des ressources humaines,
 - Les usagers et leurs droits.

- Les valeurs hospitalières et l'éthique : une question qui pourrait s'imposer

1. L'état des lieux actuel : « sauver l'hôpital public ! »¹³⁵

1.1. Des orientations de l'état qui génèrent une dégradation de la situation des établissements de santé

A travers les écrits, nous retrouvons la notion (émise lors de notre introduction) d'un système en difficulté, voire en péril. La nouvelle gouvernance instaurée, dans le cadre du nouveau management public, ne satisfait a priori ni les directeurs, ni les médecins. La situation des établissements de santé se dégrade en l'absence d'un management humaniste.

« Le SYNCASS-CFDT alerte à nouveau l'Etat sur la dégradation de la situation des établissements de santé (conclusions budgétaires, relations avec l'ARS...) : c'est 'ingérable' déclare Michel Rosenblatt, secrétaire général du syndicat, à Hospimédia. L'Etat s'y prend mal, estime-t-il, considérant le nouveau management public illustré par la RGPP et la loi HPST comme erroné. Les directeurs sont 'mécontents' de leurs conditions de travail car ils

¹³⁵ Code de référence, des articles: 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 22, 24, 27, 29,31, 32, 33, 34, 35, 39, 56 5 (cf. Annexes, p. 42)

‘restent responsables juridiquement des choix dans lesquels ils ne se reconnaissent pas » (3/10/2011).

« Il y a urgence à repenser l’hôpital...l’autorégulation mandarinale dont notre génération n’hérite que de la dette, à une autocratie managériale insupportable et souvent contre-productive... il faut réinsuffler la pensée médicale et humaniste dans le management hospitalier » (appel lancé le 22 février, aux candidats à l’élection présidentielle, par Jacques Touzard, directeur d’hôpital et le Dr Gérard Kierzek, médecin urgentiste).

Il semble que l’évolution du management à l’hôpital se fasse avec un effet « balancier » dénoncé ici à travers les propos signalant le passage d’une « autorégulation mandarinale » à une « autocratie managériale insupportable ».

D’autre part les hôpitaux s’essoufflent voire s’épuisent dans la mise en œuvre de réformes, *« le train des réformes de ces dernières années, inévitablement chronophage et trop rapide pour être pleinement déployé (...) manque d’efficacité (...) et génère un sentiment de lassitude... »*. Il y a aussi une insistance à voir rétablir la notion de *« service public hospitalier »* disparue depuis la loi HPST. (rapport Boiron, Fellingner, 2012)

1.2. La tarification à l’activité (T2A) et ses limites

Ce mode de financement est dénoncé dans le rapport d’avril 2011 (Boiron, Fellingner) : *« coopérer peut avoir un effet financier négatif, soit par effet de seuil, soit du fait de coûts supplémentaires induits »*.

Durant ces dernières décennies, trois modèles de financement se sont succédés: financement à la journée, budget global, financement à l’activité. Le changement d’un financement à un autre a été justifié par les limites et/ou impacts négatifs du mode de financement en cours, et le déficit croissant de la Sécurité Sociale.

Le système « journée », incitait à prolonger des hospitalisations lorsque les malades ne nécessitaient plus beaucoup de soins, dans l’attente d’une structure d’accueil ou d’un retour à domicile bien organisé. Le taux d’augmentation annuel attribué au budget global n’arrivait pas à suivre les frais générés par le développement fort sur les plans techniques et

technologiques. Quant à la T2A, elle tend à opposer des prises en charge de malades rentables et d'autres non rentables. Ainsi, des malades peuvent rester sans soins, ou être renvoyés à leur domicile trop précocement, sans un suivi adapté des soins par ailleurs. Ceci entraîne donc une baisse de qualité globale de notre système de santé. Chacun de ces systèmes de financement, utilisé de manière unique, n'arrive à couvrir toutes les activités hospitalières, dans le cadre d'une mission de service public. Ne peut-on imaginer un système qui intégrerait partiellement chacun ? Il pourrait proposer une attribution spécifique, (prix de journée pour les spécialités telles que maternité, soins palliatifs) un financement à l'activité (T2A pour services hémodialyse ou réanimation...) et un budget global pour l'éducation thérapeutique, la recherche...

Plus optimiste fin 2012, deux rapports de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) examinent l'impact de la T2A sur les relations entre les divers corps de métiers à l'hôpital, pour en tirer un constat globalement positif. La T2A : *« a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts »*. Le rôle et le positionnement des départements d'information médicale (DIM) ont été renforcés, des outils de gestion sont installés. Malgré tout, ce mode de financement manquerait de lisibilité, par instabilité du modèle tarifaire, l'évolution constante du périmètre des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) et de la valeur des tarifs. La T2A a pour autres effets une augmentation du volume d'activité, la réduction de la durée moyenne des séjours (DMS) et le développement de certaines pratiques comme la chirurgie ambulatoire. L'IGAS préconise *« la mise en place d'outils pour contrôler la pertinence des actes, afin de réguler le développement de l'activité »*.

Par ailleurs, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », propose de *« corriger les effets indésirables de la tarification à l'activité tout en conservant ses avantages. »* Dénonçant son aspect inflationniste, sa tendance à inciter à la concurrence plus qu'à la coopération, son incapacité à financer correctement la prise en charge des poly pathologies complexes et des maladies chroniques, ce rapport propose un modèle de financement mixte.

Ce système mixte de financement de l'activité *« comporterait une partie en T2A pour les activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de court séjour un mode de financement des maladies chroniques adapté au parcours de soin du patient (tarification à constituer) et*

une part de dotation (MIG)» (Couty, 2013).¹³⁶ Ce rapport, sera-t-il suivi de textes venant effectivement modifier le dernier mode de financement instauré ? Nous n'avons à ce stade, pas de réponse à cette question.

Nous voyons à travers ces éléments, à quel point, le pilotage d'un hôpital peut être un art difficile dans un monde d'incertitudes quant aux règles à suivre, compte tenu de la durée très aléatoire de ces règles. Non seulement l'hôpital est un système complexe en soi, mais il est visiblement difficile de lui trouver un cadre de financement, de gouvernance et d'organisation qui le rende, à la fois efficient et efficace, dans la mission sanitaire et humaniste qu'il a à poursuivre.

1.3. Des relations entre Agence Régionale de la Santé (ARS) et Directions hospitalières à assainir

Les deux premières années de coexistence avec les ARS soulèvent des insatisfactions, voire des démissions de directeurs. Il semble qu'il y ait un écart important entre d'une part l'affichage d'une décentralisation au plus près des établissements, l'injonction d'un directeur « patron » et la réalité d'une reprise en main des acteurs par les tutelles. Les ARS semblent s'apparenter à « *de véritables directions régionales des hôpitaux publics* » (M. Rosenblatt, 2011)¹³⁷.

Pression forte, omnipotence, excès de zèle des ARS qui s'immiscent trop aisément dans la gestion interne des hôpitaux sont dénoncés unanimement par la Fédération Hospitalière de France (FHF) et les syndicats : « *un management par la peur* », « *absence de respect* », « *gestion par la menace et l'intimidation* », « *harcèlement* », « *méthodes expéditives et maltraitantes* ».

Un grand écart semble exister entre l'affichage d'une décentralisation au plus près des établissements voulant un directeur « patron » et la réalité d'une prise en main forte par les tutelles.

¹³⁶ Ministère des affaires sociales et de la santé, Couty, E., (Président rapporteur général), mars 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », synthèse des travaux.

¹³⁷ Secrétaire général du SYNCASS-CFDT

« L'impression dominante est celle d'une forteresse qui donne des instructions mais n'est guère là pour répondre, en particulier en cas de problème » (SNCASS-CFDT).

Un modèle relationnel différent entre ARS et Directeur d'hôpitaux est, visiblement, à trouver pour développer un réel partenariat constructif et performant.

« Il ne faut surtout pas que les ARS s'immiscent dans la gestion interne, ce serait contre-productif. Ce n'est pas la concentration des décisions dans une entité régionale qui pourrait éviter les dérives observées ici et là dans le recours à l'emprunt. Il faut être près du terrain, agir en partenariat ARS-établissements, et renforcer les compétences » (F.Boiron, 2012)

1.4. Des conditions de travail qui se dégradent

Nous retrouvons des références à des conditions de travail qui se dégradent et à une certaine souffrance au travail qui se manifeste, dans les articles relatifs à des résultats d'enquêtes, des rencontres de professionnels ou des témoignages hospitaliers.

Une enquête de masse, réalisée par la CFDT, début 2011, montre d'une manière transversale des facteurs de dégradations tels que : *« le rythme, la charge et l'intensité du travail, le manque de reconnaissance et de perspectives professionnelles, le stress et les modes de management »*. Pour ce qui concerne les activités de travail il est dénoncé un accroissement des charges administratives, un glissement des tâches, l'augmentation des procédures et protocoles.

Des dysfonctionnements du management sont évoqués, tels que : la non concertation des équipes dans le cadre de la mise en place de nouvelles organisations, des injonctions paradoxales, une charge de travail qui ne tient pas compte de l'effectif, des sollicitations pendant les pauses et l'impossibilité de pouvoir parler ces difficultés. Le syndicat, en réponse propose *« un management socialement responsable pour que les professionnels se sentent moins seuls et oubliés »*.¹³⁸

Mais parallèlement, le ressenti des médecins et managers, ne semble pas meilleur au regard des résultats de diverses enquêtes menées sur la même période. Les managers manifestent

¹³⁸ Hospimédia, 10/11/2011, Des enquêtes en enfilade aux conclusions toujours inquiétantes

leur : « *désamour des tutelles* », les cadres « *être déboussolés* », les médecins urgentistes « *ne pas pouvoir exercer en tant qu'urgentiste dans les mêmes conditions de travail jusqu'à la fin de leur carrière* », les médecins anesthésistes « *qu'il vaut mieux éviter d'être médecin aujourd'hui* »... toutefois le praticien « *dispose encore du pouvoir de dire non au contraire du directeur coïncé entre injonctions de rentabilité et valeurs de service public* ». ¹³⁹

Au-delà de ce qui pourrait être regardé comme une longue litanie, il s'agit ici de souligner que le malaise est général et qu'il est difficile de demander à un personnel d'encadrement ou à des dirigeants de « prendre soin » de leur subordonnés ou équipes, si eux-mêmes ne se sentent pas « bien » au travail et dans leur rôle.

Alors, prendre un peu de distance avec « *l'économie-finance* » et reconsidérer, tous professionnels confondus, « *valeur humaine, écoute et dévouement* », ne pourrait-ils constituer une piste possible ? Et, comment amorcer une telle dynamique au niveau du pilotage de chaque établissement ?

2. Manager l'hôpital aujourd'hui : leadership, compétences et formation

A travers les articles analysés, nous retrouvons cinq grandes thématiques récurrentes :

- La recherche d'une gestion efficiente de l'hôpital : par l'introduction de méthodes et outils issus du monde industriel, avec un leadership encore mal défini et des directeurs « patron »
- Les bénéfices et difficultés reliés à l'intégration des médecins dans le pilotage économique, positionnement et compétences
- La question de la parité aux postes de direction
- La gestion des ressources humaines : l'intégration et la fidélisation des jeunes professionnels
- La place des usagers (parfois dénommés « patientèle »)

¹³⁹ Op. cit.

2.1. Gérer de manière efficiente l'hôpital

2.1.1. L'introduction dans le management hospitalier de méthodes et outils du monde industriel sans perdre de vue la qualité des soins

Nous retrouvons, dans les articles d'Hospimédia, des partages d'expérience ou des questionnements autour de l'introduction de méthodes et outils issus du monde industriel. Ainsi une expérimentation du Médical Team Training, transposition du modèle de formation de l'industrie aéronautique qu'est le « Crew Ressource Management » (CRM). La HAS (Haute Autorité de Santé) présente cette méthode ainsi « *le CRM privilégie l'acquisition de compétences non techniques (cognitives et interpersonnelles) afin d'améliorer la communication, la prise de conscience des situations à risques, la résolution des problèmes, la prise de décision et globalement la performance en équipe* ». (septembre 2012)

Il est fait référence aussi à l'entrée du Lean management dans certaines organisations hospitalières, et l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique) propose un « workshop interactif » sur cette thématique. L'idée est de contrôler les gaspillages, de faire apparaître les dysfonctionnements et d'y trouver des solutions en impliquant les personnels, selon la méthode développée par Toyota.

Toutefois, la nécessité d'importer des procédures nouvelles dans le management hospitalier, pour permettre un retour à l'équilibre financier et à l'efficience, ne fait pas perdre de vue que cet objectif ne peut suffire. La qualité des soins, l'anticipation des changements en lien avec les besoins de la population et le personnel hospitalier sont des finalités qui doivent influencer les choix et le sens des actions managériales.

« *L'activation de ces leviers n'a de sens que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un management à la confiance et d'une gestion dialoguée des ressources humaines... L'établissement est soumis à des contraintes autres que l'équilibre financier : il doit accomplir ses missions sur le territoire et préserver la qualité des soins d'où la nécessité de disposer pour les décideurs d'indicateurs de résultats sur la qualité et pas uniquement financiers* » (septembre 2012) . Est soulignée la « *complexité du pilotage* » d'un hôpital et la

nécessaire capacité « *de mobiliser les personnels hospitaliers sur des projets construits en commun, dans l'intérêt du service rendu au malade, d'anticiper les évolutions et de s'inscrire dans l'équilibre général du système de santé* »

2.1.2. Un modèle managérial qui reste à définir : vers un leadership partagé direction/médecin

On retrouve à travers ces articles une certaine critique, parfois forte, du management, dénonçant même un : « *pseudo management totalement incohérent et inhumain* » et une « *négociation qui relève du chantage* » (Juin, 2012) ¹⁴⁰. Il est, par contre, plus difficile d'y retrouver des pistes relativement au management souhaité.

Le management tendrait à « *un formalisme excessif* », « *rigidité bureaucratique* », avec un directeur qui se fait « *équilibriste* » et « *un style de management insufflé à l'établissement totalement personne dépendante* ». (Couty, 2013) ¹⁴¹

Mais, les pistes vers un management plus performant restent floues. Dans les idées lancées ou en voie d'expérimentation, nous retrouvons :

- la recherche de synergie entre direction et corps médical : « *à l'AP-HP l'équilibre de gouvernance entre la direction générale et la communauté médicale ne pose pas de problème sur le pilotage médical...les médecins se responsabilisent. Ils sont les seuls à pouvoir gérer l'activité et la réorganisation* » (Coriat, 2011) ¹⁴² ; « *repositionnement des présidents de CME par rapport à leurs chefs, il n'y a aucune place pour la discorde entre décideurs, il faut se serrer les coudes* » (Dr Martineau, 2013). ¹⁴³

¹⁴⁰ Hospimédia, 21/06/ 2012, Dialogue social. Le conflit perdure à Fourmies entre le directeur et la CGT.

¹⁴¹ E. Couty, 21/03/2013, les journées de l'ADH (Association des directeurs d'hôpital)

¹⁴² Interview, 11/05/2011

¹⁴³ Dr Martineau, F., président de la Conférence des présidents de la CME, chef du service de radiologie du CH de la Côte basque, Bayonne, Journée ADH, 21/03/2013

- la capacité à s'appuyer sur les cadres de santé qui apportent une légitimité pour dépasser certains blocages du fait de leur bonne connaissance du terrain (Journée ADH, 2013).¹⁴⁴

Si l'hôpital est une « administration » bien particulière (ADH, 2012), il devrait tendre vers une « *gouvernance adaptée* » (IGAS, 2013). Mais, nous retrouvons peu d'éléments pour caractériser le modèle managérial qu'il pourrait développer.

2.1.3. Un leadership de directeur proposé à travers des attributs personnels

L'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) a comme première mission la formation des corps de direction de la fonction publique hospitalière, ainsi que des corps d'inspections sanitaires et sociaux de la fonction publique d'Etat. Tout directeur, qu'il soit en poste de direction générale, aux finances, aux ressources humaines, aux affaires médicales... est donc passé à l'EHESP. Accéder à la fonction de directeur des soins nécessite également d'accéder au concours et de valider une année de formation dans cette école. On peut donc considérer que tous ont acquis un même socle de connaissances et développé des compétences assez proches.

Mais bien évidemment, chacun assure ses fonctions avec ce qu'il est. Ainsi nous retrouvons quelques pistes pour ce qui concerne le leadership du directeur général : *« Pour être un bon manager d'hôpital ou d'ARS, il faut être habile sans être truqueur, jouer collectif plutôt que solitaire... le manager de l'hôpital, comme tout bon manager, n'est pas un homme enfermé dans ses dossiers et ses seuls sujets managériaux. Comme au rugby, a asséné Jean-Jacques Romatet, on ne se souvient longtemps que des artistes. C'est-à-dire de ceux capables, comme pour la corrida ou le rugby, de combiner combat, art et rite. »* Trois profils de chef d'établissement, vus par l'ARS, étaient ainsi déclinés : *« Ceux qui présentent un port de tête altier qu'il faut régler, ceux qui sont impressionnants mais prévisibles et sans vice, ou encore, les plus difficiles pour une ARS, ceux qui présentent une grande immobilité, ayant*

¹⁴⁴ Op.Cit.

choisi leur terrain de prédilection et qui n'en bougent pas » (6ème congrès inter régional de la FHF, 2012)¹⁴⁵.

Nous retrouvons là un portrait du directeur qui s'appuie sur un modèle de leadership par les attributs et caractéristiques personnelles du leader, avec une orientation qui donne la place belle à l'art plus qu'à la compétence...

La question des besoins de formation et d'accompagnement des dirigeants en poste se pose également. L'Assistance publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP) a introduit des actions de formation de coachs dans son plan stratégique 2010-2014.¹⁴⁶

Philippe Marin¹⁴⁷ considère que la démarche coaching doit « *garantir un accompagnement individualisé dans l'exercice des fonctions d'encadrement supérieur... permettre aux cadres chargés d'encadrer des équipes, souvent très importantes et pluri-professionnelles, d'assumer la conduite de projets complexes et impliquants, de garantir l'indispensable cohésion des équipes, et de porter des situations lourdes d'adaptation, de changement et de restructuration.* »¹⁴⁸

Le coaching qui jusqu'à présent, restait tabou voire effrayait, semble commencer à trouver sa place dans l'accompagnement des dirigeants et cadres hospitaliers. Il est perçu comme pouvant permettre, aux responsables, des espaces de réflexion protégés et le « *développement d'une capacité opérationnelle le plus rapidement possible dans le nouvel environnement professionnel* »¹⁴⁹.

Ainsi, le coaching, face aux évolutions des organisations, commence à apparaître comme une réponse qui ne relèverait pas seulement d'un phénomène de mode mais qui peut s'inscrire de manière durable comme un outil d'aide et de régulation pour faire face aux changements. La publication, en novembre 2011, par le Ministère de la Fonction Publique d'un guide: « *Le coaching professionnel dans la fonction publique : Définition et méthode, bonnes pratiques ministérielles, outils pour agir* », tend à légitimer cette orientation.

¹⁴⁵ Table ronde, « tauromachie , rugby et management hospitalier », 6è congrès interrégional de la FHF, 26/10/2012)

¹⁴⁶ Hospimédia 15/11/11

¹⁴⁷ Directeur de la formation directeur d'hôpital à l'EHESP depuis janvier 2009. Ancien directeur hospitalier.

¹⁴⁸ Op. Cit.

¹⁴⁹ Op.Cit.

2.2. L'intégration des médecins dans la gestion économique

Relativement à l'intégration des médecins dans la gestion économique des hôpitaux nous retrouvons des articles qui font référence à leur implication, leur positionnement et les compétences qu'ils ont à développer pour assurer ce nouveau métier ou cette fonction.

Déjà la question de métier ou fonction de chef de pôle est posée. Elle ne semble pas tranchée. D'autant que la loi HPST a prévu que le poste ne soit occupé que quatre ans, sans préciser pour autant le nombre de renouvellement de mandats possibles. « *Pour les uns, le métier exercé est celui de médecin avec une fonction de chef de pôle qui acquiert des compétences, managériales notamment, et qui peut s'appuyer sur une équipe qui l'entoure. Pour d'autres, il s'agit d'un métier amené à se développer, à évoluer, qui prend du temps et nécessite des compétences donc une formation* » (2011)¹⁵⁰.

Cette fonction est présentée comme ayant un caractère chronophage. Elle nécessite l'acquisition de compétences spécifiques en particulier en gestion de projets (critères de choix, cadrage, diagnostic....) et en management et animation d'équipe (conduire le changement, communiquer, organiser le travail, motiver et fédérer une équipe...). Se pose alors, la question de la formation des chefs de pôle et celle de leur propre organisation pour assurer cette fonction en poursuivant leur métier de médecin.

Cette orientation amène à évoquer la valeur ajoutée du médecin dans la Gouvernance des établissements de santé. Or, une étude américaine récente, menée sur 100 hôpitaux, montre que la qualité des soins serait améliorée de 25% dans le cas d'un pilotage par un médecin-directeur. « *Les auteurs y opposent le cursus de leur directeur –médecin ou non- selon un indice de qualité des soins (Index of Hospital Quality, IHQ) dans trois spécialités : cancérologie, cardiologie-chirurgie cardiaque et hépato-gastro-entérologie. Globalement, disposer d'une personne issue du corps médical à la tête d'un établissement améliorerait de 25 % la qualité des soins.* » Plusieurs hypothèses, dont celle de médecins qui auraient l'avantage de disposer d'une connaissance intime des soins qui faciliterait la prise de décision et la réflexion stratégique (2011).¹⁵¹ Toutefois, dans une période de pénurie médicale et de féminisation de la profession, avec un recul insuffisant, pour percevoir les

¹⁵⁰ Article, 19/10/2011, relatif à la présentation par l'ANAP du bilan du dispositif 100 pôles d'excellence.

¹⁵¹ Articles du 21/09/2011, Etudes, T. Quéguiner

impacts sur l'occupation des postes de praticien hospitalier, ne doit-on pas laisser les médecins faire essentiellement de la médecine ?

Cette question se pose en particulier pour les établissements de petite ou moyenne importance.

« Certains chefs de pôle, après l'avoir ardemment souhaité, n'en veulent plus car ils n'ont pas de temps à y consacrer. Loin des CHU-CHR, la réalité d'un petit hôpital de 400 lits et places avec tout au quatre médecins de pôle est tout autre, comme le souligne Laurence Garo, directrice du CH de Ploërmel...la délégation de gestion à l'instar des contrats de pôle, reste majoritairement une vue de l'esprit »¹⁵²

2.3. La question de la mixité aux postes de direction

Le constat, d'une proportion de femmes qui diminue à mesure que le grade s'élève, se retrouve à l'hôpital à l'instar des entreprises ou autres organisations publiques. Pour ce qui concerne le corps des Directeurs hospitaliers, 84% d'entre eux, sont occupés par des hommes, Cette même proportion est retrouvée pour les présidences des conseils de surveillance dans les CHU et les établissements MCO.¹⁵³

Un article titrait même : *« si les lois passent, rien ne change : le sexisme ordinaire, bienveillant, est systémique à l'hôpital. Non la femme, sauf à se masculiniser, ne semble rien avoir à y diriger. »¹⁵⁴*

En introduction de son rapport de 2012, l'Association des Directeurs Hospitaliers (ADH) rappelle que *« favoriser la mixité est la promesse d'un enrichissement des savoir-faire et probablement d'une évolution du management ».*¹⁵⁵ Démagogie, espoir ou réalité ?

Très certainement la présence représentative de femmes, où elles n'auraient plus obligation d'en faire plus que les hommes pour se sentir légitimes, pourra modifier sensiblement la manière de manager. Le présentéisme à tout prix, la compétition permanente et le refus

¹⁵² Hospimédia, du 16/11/11, article de T. Quéguinier

¹⁵³ Hospimédia, 07/03/2012, Rapport de l'ADH, Egalité hommes-femmes mode d'emploi

¹⁵⁴ Hospimédia, 19/10/12, Ressources humaines. Paroles de femmes pour combattre le sexisme chez les directeurs d'hôpital

¹⁵⁵ Hospimédia, 07/03/2012, Op. Cit.

d'exposer publiquement la moindre émotion ou faille sont des normes masculines. Aujourd'hui l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est dirigée par Mireille Faugère et le CHU de d'Amiens par Catherine Geindre. Cette dernière signale que d'emblée il s'agit pour elle d'épauler ses adjointes pour être en capacité de gérer carrière, vie de couple et de famille : *« pour faciliter le quotidien, tous mes collaborateurs disposent d'un portable avec clé 3G pour ne pas être vissés au bureau de 8h à 20 heures, Ils ne sont pas notés sur leur présence au travail mais sur les objectifs remplis...Conseils de surveillance, Commissions médicales... les réunions après 19 heures sont proscrites... »*

Au-delà de l'anecdote, il s'agit peut-être ici d'une reconsidération des conditions de travail qui plus largement, va dans le sens d'améliorer l'articulation entre vie privée et vie professionnelle. Cette négligence, à long terme, est un des facteurs générateur de souffrance au travail et de risques psychosociaux. Nous retrouvons, ici, dans ces choix qui se rapprochent d'un « prendre soin » de ses collaborateurs, une proximité avec une éthique du « care », considérée par Gilligan comme une caractéristique associée à la féminité.

Sans, pour l'instant, en tirer une quelconque orientation, il nous semble qu'il serait intéressant de regarder la place du « care » et de son évolution, en regard du nombre de postes de directions assurés par des femmes, en comparaison avec un autre établissement majoritairement dirigé par des hommes. Il est probable aussi que du temps soit nécessaire pour que culturellement, le « care » devienne une vraie valeur éthique managériale.

2.4. La gestion des ressources humaines : l'intégration et la fidélisation des jeunes professionnels

L'hôpital, à l'instar des entreprises, est confronté à une évolution sociologique forte des valeurs et des comportements au travail.

Ainsi, il est de plus en plus affirmé, que les jeunes, en particulier ceux de la génération née dans les années 1980-1990, (dite génération Y) arrivent sur le marché du travail, avec des attentes et des attitudes nouvelles qui déstabilisent énormément les managers, tout particulièrement les managers séniors.

«Les bonnes idées données par les Y sont abandonnées faute de suivi, car il y a un freinage de l'initiative des Y est en particulier sur l'informatique...Il est vrai que les managers actuels semblent quelquefois démunis, voire dépassés, face à des personnes aspirant à davantage d'accompagnement, de réunions, d'écoute, de conciliation et de personnalisation. »¹⁵⁶

La génération dite Y, en référence au port fréquent des écouteurs qui pendent de leurs oreilles, présentent des caractéristiques dans leur rapport au travail qui sont classiquement décrites comme :

- Une non reconnaissance ou faible reconnaissance vis-à-vis de l'autorité,
- Une faible capacité à se concentrer dans la durée à une même activité et/ou à rester intéressé dans la durée sur un même projet. Ainsi, un manager d'une équipe d'informaticien, dans une structure hospitalière indiquait que pour fidéliser plus longtemps son jeune personnel, elle le mettait systématiquement et concomitamment sur deux projets,
- Un fort besoin de bouger, de zapper avec une prédominance portée sur leur vie privée et/ou leurs activités de loisirs.

Lors d'une conférence A. Comte Sponville, invité du jour, à l'occasion des 5èmes Rencontres du management de pôles organisées par la FHF,¹⁵⁷ citant un directeur raconte ainsi : *« alors qu'une tempête de neige était annoncée sur la région où se situe son hôpital, un chirurgien sénior a téléphoné à son épouse pour lui dire qu'il restait sur l'hôpital, au cas où les routes seraient bloquées le lendemain matin. Les internes, eux, sont rentrés chez eux et ont téléphoné le lendemain pour informer qu'ils ne pouvaient venir à l'hôpital, les routes étant impraticables. »*

A l'hôpital, la génération sénior a souvent accepté, et accepte encore aujourd'hui (parfois jusqu'au burn-out) les contraintes fortes liées au fait que l'hôpital a à assurer un service public, avec un accueil sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Pourtant, les contraintes d'horaires décalés (par rapport aux horaires d'ouverture des crèches, garderie d'enfants...), le fait d'avoir à « tourner » sur une activité de matin, d'après midi et de nuit, sont difficiles à concilier avec une vie de famille. Il est demandé, également, d'accepter d'interrompre ses temps de repos, pour venir remplacer en urgence un collègue en arrêt.

¹⁵⁶ Hospimédia, 17/04/12

¹⁵⁷ Hospimédia 14/11/12

Dans certains services le taux d'absentéisme élevé, associé à une réduction des effectifs, peut rendre cette situation autrefois exceptionnelle, aujourd'hui coutumière.

Que des jeunes professionnels ne se plient pas de la même manière à ces contraintes, entraînent des réflexions et une incompréhension : « *les jeunes n'ont plus de valeurs...les jeunes sont ingérables* »

Cette situation peut entraîner des clivages au sein d'une même équipe et demande pour le manager de questionner son style de management voire son leadership.

« Un management de proximité, un leadership participatif ou un mentorat souvent perçus comme chronophages au détriment du soin, pour ne pas dire, un luxe, difficilement conciliable avec les pressions budgétaires constantes et durables qui pèsent sur les acteurs du secteur sanitaire et social...Il faut changer de paradigme managérial et admettre que l'investissement dans les équipes est autant créateur de valeur que l'investissement dans le soin. Malheureusement, se greffe là-dessus une bureaucratie professionnelle du secteur sanitaire et social extrêmement tenace à laquelle se mêle une inertie des managers, et qui n'aident en rien à promouvoir la transversalité des organisations revendiquées par les Y »¹⁵⁸

Changer de paradigme managérial serait-il donc un défi à relever ?

2.5. La place des usagers

Un mouvement fort de positionnement des usagers est né, lors de la période initiale d'épidémie du Sida et s'est traduit par la création de différentes associations d'usagers. Les nouvelles réglementations de ces dix dernières années ont fait évoluer les droits des usagers des établissements de santé : « *Mais ils restent toujours victimes d'un manque criant de reconnaissance, soulignent les résultats d'une enquête nationale...Dix ans après la loi du 4*

¹⁵⁸ Hospimédia, 17/04/12, Thomas Quéguinier fait référence dans cet article « place aux jeunes », à une étude de Dammak et Pauget « l'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? » publiée en début d'année dans la revue Pratiques et organisation des soins, vol. 43, n°1/janvier-mars 2012.

mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé le bilan est mitigé ».
(Lydie Watremetz, 2012)¹⁵⁹

Il semble aujourd'hui, qu'il n'y a pas une émulation forte des citoyens français pour défendre leur système de santé. Il est remarqué un impact modéré de la présence des représentants d'usagers dans les établissements de santé, une présence timide des associations d'usagers dans les établissements, un rôle des représentants peu connu des usagers.

La maladie rend vulnérable, soumis... On dénonce des comportements procéduriers des usagers et son entend souvent parler des protections importantes que prennent les médecins, en particulier dans le cadre chirurgical (signature attestant de la prise de connaissance des risques liés à l'intervention...) ouvrant ainsi un « parapluie ». Pourtant, beaucoup d'erreurs, aux conséquences plus ou moins graves, demeurent dans l'ombre, comme on peut le constater dans certaines études de cas, propos relatés par les professionnels du terrain ou les expériences d'hospitalisations de tout un chacun. Un projet de « collège des usagers » à court terme est prévu par la Fédération Hospitalière de France.

Parallèlement, il y aurait un développement de la « marchandisation » de la santé. Le patient ou l'utilisateur pourrait devenir « client » : *« Le mot client commence à être accepté par le plus grand nombre. Dans la notion de patient, il y a celles de client consommateur, client malade, et client citoyen...quant à la notion de client consommateur, elle émerge dès que le patient exprime ses besoins et est en capacité de faire des choix »* (C. Merdinger-Rumpler, 2012).

Les concepts de base du marketing tels que « segmentation », « ciblage », « positionnement », malgré des freins encore très forts, semblent faire leur entrée, face à l'enjeu, de la plupart des établissements, de retour à l'équilibre des comptes financiers. La question de l'existence ou non d'une antinomie entre « patient » et « client » reste présente. Ce rapprochement d'avec le monde « marchand » semble en conflit total avec la culture et la mission de l'hôpital public et le marketing paraît pour certains ne pas avoir sa place dans l'organisation hospitalière. Alors que pour d'autres: *« Il faut renforcer la formation initiale mais surtout*

¹⁵⁹ Trois enquêtes, réalisées de novembre 2011 à janvier 2012 par la FHF, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), la FHP-MCO, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), la Croix rouge française, la Mutualité française (site santé mutualiste) et le groupe Unicancer. L'association nationale des associations en milieu de santé a participé à l'enquête nationale sur la participation des usagers dans les établissements de santé.

dédiaboliser le marketing pour éclairer les acteurs hospitaliers sur les enjeux que représente un positionnement concurrentiel sur leur territoire de santé. L'objectif principal d'un hôpital n'est peut-être pas la rentabilité mais l'équilibrage des comptes financiers est un objectif recherché de tous et le marketing peut assurément les y aider. » (C. Merdinger-Rumpler, 2012).

3. Valeurs et éthique managériale pour l'hôpital d'aujourd'hui et demain

La question d'une éthique managériale est peu présente sur ces deux années du quotidien Hospimédia. Nous la retrouvons à travers divers articles où sont évoquées les valeurs « perdues » (écoute, dévouement...), à travers l'inquiétude manifestée de perdre les valeurs de service public, dont « *intérêt général, continuité, égalité de traitement et neutralité seraient considérées comme les plus représentatives...La solidarité comme quatrième valeur la plus représentative pour la Fonction publique hospitalière.* » (enquête, 2011)¹⁶⁰. Le Réseau des écoles de service public recommande à chaque direction de « *replacer la question des valeurs au centre du pilotage de l'action et des logiques de management* ».

Dans le cadre d'une journée d'étude sur le thème « Ethique et GRH »¹⁶¹ les valeurs mises en avant comme fondatrices et guides dans le service public hospitalier sont : « *respect, équité, solidarité* »¹⁶². Alors que pour le management il est fait référence aux valeurs « *humaines, sociale, d'écoute et de bientraitance.* » (Gruat, 2012)¹⁶³. Dans cette même journée, est souligné le manque de soutien de leur hiérarchie, ressenti par les salariés.

D'autre part, « *l'exemplarité, l'efficience et la loyauté* » seraient des valeurs moins représentatives quant au management participatif. Ce dernier, pourrait représenter un biais:

¹⁶⁰ Hospimédia, 05/07/2012, Ressources humaines. Les valeurs de service public « continuité » et « efficience » davantage mobilisées par la FHF. Enquête réalisée par le Réseau des écoles de service public, auprès de 5000 répondants dont 8% issus de la Fonction publique hospitalière.

¹⁶¹ Organisée à Paris le 27 janvier 2012, par l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS)

¹⁶² Hospimédia, 01/02/2012

¹⁶³ Gruat, F., cadre supérieur de santé, Op.cit.

« pas toujours convaincu par le management participatif mais plutôt par le contributif » (Laude-Lalis, 2012)¹⁶⁴. Dans cet état d'esprit le directeur du CHS de Montesson, Théophile Roussel témoigne de l'élaboration, au sein-même de son projet d'établissement, d'un projet managérial avec une charte managériale.

Alors, vouloir articuler la recherche d'efficacité et l'éthique, est-ce vraiment antinomique ? Pas forcément mais une réflexion et un travail de « reliance » restent certainement à faire pour passer d'une posture qui serait de l'ordre d'un choix nécessaire, efficacité « ou » éthique, à la volonté d'associer efficacité « et » éthique.

« Il n'y a pas une bonne solution, ce n'est ni contraire à l'éthique de considérer que l'économie doit être évoquée et que les moyens ne sont pas infinis, ni raisonnable d'opposer ces deux exigences légitimes que sont le bon soin et la bonne gestion...ce moment du tragique, quand tout le monde à raison, oblige au final chacun à travailler intelligemment ensemble » (Comte- Sponville, 2012)¹⁶⁵

C'est peut-être dans ce sens là, que les journées de l'ADH, qui s'attachent à rendre compte des réalités de terrain rencontrées par les professionnels de santé, avaient à leur programme en 2012, les valeurs managériales des directeurs d'hôpital. Trois domaines y étaient interrogés : l'éthique et la restriction budgétaire, l'éthique et le management, l'éthique et la politique.

L'éthique et la restriction budgétaire: met en réflexion le comment assurer un service public hospitalier de qualité dans un contexte contraint. Les notions clés en lien avec ce thème sont la gestion de la dette, l'articulation de la qualité avec la pertinence des actes, les injonctions paradoxales...

L'éthique et le management : interroge sur « comment piloter les hommes et les organisations dans un environnement concurrentiel et multidisciplinaire » (Hospimédia août 2011), mais aussi celle d'une éthique de la gouvernance.

L'éthique et la politique : aborde la question au sens large de l'offre de soins publique en France, l'équation soins et moyens à l'hôpital public, ainsi que les valeurs du service public hospitalier.

¹⁶⁴ Laude- Alis, L., Journée Ethique et GRH, Hospimédia, 01/02/2012

¹⁶⁵ Comte-Sponville, A., 5e Rencontres du management de pôles, organisées par la FHF, Hospimédia, 14/11/2012

Conclusion du chapitre 5

A la recherche d'un management adapté à l'hôpital

Nous restons, suite à l'étude de ces articles, sur le constat d'un hôpital rigidifié dans une structure hiérarchique et bureaucratique, dont il a du mal à émerger. L'hôpital est une organisation complexe dont le modèle managérial est peu défini, et plutôt en recherche. A travers ces différents articles, nous ne retrouvons pas de véritable réflexion ou orientation vers un modèle managérial adapté à l'hôpital. Il expérimente des méthodes et outils importés du monde industriel, dont la pertinence et l'adaptabilité à la spécificité de l'hôpital ne sont pas suffisamment prises en considération. Cette situation génère des résistances ou rejet de la part des professionnels du terrain. La nécessité d'un « management adapté » pour l'hôpital est exprimée, sans qu'il semble possible, encore, de faire émerger les critères de ce management adapté. De fait, dans ces différents articles nous trouvons très peu de pistes pour un modèle managérial « adapté » à l'hôpital, ni même vraiment de questionnement sur le management. S'il est fait référence souvent aux difficultés financières, à la gestion économique, à la nécessité de garantir en même temps la qualité de l'offre de soins, nous trouvons peu de questionnement sur le management de fond qui peut permettre cela. D'autre part, lorsqu'il est fait référence au leadership, c'est plus dans le sens « d'établissement leader » sur sa région, ou par rapport au privé que pour orienter vers un leadership au sein d'un établissement.

Renforcer la synergie entre médecins et directions

Des luttes de pouvoir restent présentes, la délégation voulue par la réforme de 2005 a du mal à se mettre en place, et les médecins chefs de pôle prennent conscience de leur manque de compétences managériales pour assurer leur fonction, tout autant que leur manque de temps pour l'assumer, alors que leur charge médicale reste identique. Dans un contexte de pénurie médicale, est-ce une bonne stratégie que de mobiliser un certain nombre, de ces médecins, vers des fonctions pour lesquelles ils ne sont pas formés, dans une perspective de les impliquer davantage dans la gestion économique hospitalière ? Le corps médical, vitrine de l'hôpital moderne, demeure un système cloisonné au sein de la structure avec un corporatisme fort. Les dernières réformes tentent d'orienter l'hôpital vers un modèle de

gestion de type « entreprise ». Mais, quel chef d'entreprise accepterait d'avoir un corps de métier qu'il ne contrôle pas, sur lequel il n'a aucun pouvoir ? Un système managérial bicéphale est-il possible et viable ? Ou peut-on imaginer qu'un modèle de « leadership partagé » pourrait mieux s'appliquer à la culture hospitalière ?

Des évolutions en mode « balancier »

Nous revenons ici sur l'idée d'un effet perçu de « balancier » dans la gestion de l'hôpital. Cet effet balancier évolue entre des finalités perçues le plus souvent comme opposées : « rentabilité » et « service public », entre « normes, procédures » et « professionnalisme », entre « contrôle » et « autonomie », entre « contraintes » et « créativité/innovation ». Ce mouvement de balancier contribue à nourrir des conflits, des positionnements qui s'affrontent et/ou un sentiment de valeurs qui s'opposent comme : accueillir/soigner avec humanité et avoir un service rentable, ne plus être auprès du malade mais passer son temps à des tâches administratives, sentiment que la qualité ne se mesurerait qu'au travers d'outils de traçabilité et non par la qualité de ce qui est réellement fait...

Ces situations sont génératrices de rapports de forces, alors que notre société aurait à évoluer vers des « rapports de flux ». *« Les rapports de force conduisent à des approches binaires, à des situations de nature malthusienne : tantôt c'est une force qui domine, tantôt c'est l'autre...le rapport de force s'inscrit dans l'affrontement et la compétition ; le rapport de flux, dans l'échange et la coopération ...l'information est la clé de l'adaptation des rapports de flux aux circonstances, au contextes et aux évolutions, à la différence des rapports de force, qui, statiques et rigides, n'évoluent que par ruptures et discontinuités... »*(J.Rosnay, 2011)¹⁶⁶

Un véritable équilibre dynamique reste à trouver.

Alors quels défis le management hospitalier a-t-il à relever ?

Le décloisonnement reste un défi majeur... se recentrer sur des valeurs fortes partagées, instaurer plus de confiance, peut-il conduire à développer la coopération et l'interdépendance ?

¹⁶⁶ Rosnay, J., (2012), *Surfer la vie : comment sur-vivre dans la société fluide*, Éditions LLL

Parallèlement, alors que le contexte économique amène à une réduction des emplois, l'absentéisme augmente en partie du fait de la montée en puissance de la souffrance au travail et de l'épuisement professionnel. Améliorer les conditions de vie au travail, faire de l'hôpital un lieu de travail attractif est un deuxième défi.

Accueillir et intégrer les jeunes, être attentif aux attentes et besoins de cette nouvelle génération désignée Y, dans la manière d'appréhender le monde du travail est aussi un enjeu.

Et tout cela bien sûr, en s'adaptant à l'évolution des besoins de santé de la population, aux pathologies nouvelles, et aux attentes des personnes accueillies et soignées.

Peut-on penser qu'un management éthique, intégrant « *the care* » et un modèle de leadership partagé pourraient être des éléments forts d'un management « adapté à l'hôpital » ?

Cette question va guider la poursuite de notre étude au sein de deux hôpitaux.

Chapitre 6 : LES DECLINAISONS DU
MANAGEMENT HOSPITALIER ET LES
CONSTRUCTIONS DU « CARE » PAR
LES ACTEURS DU TERRAIN
INTERROGES

Introduction du Chapitre 6

Nous présentons ici notre étude terrain réalisée sur deux hôpitaux du sud de la France (un sur le sud-ouest et l'autre sur le sud-est) d'une capacité d'accueil d'environ 1000 lits.

Des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès des directions, de membres de l'encadrement intermédiaire, de cadres de proximité, de professionnels du terrain et de leurs représentants syndicaux. Afin d'affiner certains éléments nous avons complété ce recueil par quelques entretiens complémentaires. Notre analyse de contenu a porté sur vingt entretiens.

Les résultats de cette étude nous permettent à partir des éléments recueillis de décrire des caractéristiques du management hospitalier, d'identifier certains leviers de changement, de préciser leur représentation d'un modèle managérial et d'une éthique managériale en cours ou souhaités. Ils nous montrent, ou renforce ce que la revue de littérature et « d'Hopsimédia » nous avaient déjà révélé à savoir : un système hospitalier lourd qui reste cloisonné avec un pouvoir médical fort, un personnel en souffrance, un management difficile et complexe mais un attachement à la vocation de service public manifeste en particulier chez les directeurs et les médecins. Toutefois un souffle nouveau pourrait émerger d'un management qui cherche les synergies, s'appuie sur un leadership transformationnel et une éthique qui aider à dépasser les injonctions paradoxales.

1. Présentation de l'étude terrain

1.1. Notre recueil de données et son traitement

Nous avons construit le guide d'entretien, dans la perspective d'explorer quatre grands axes:

- Les représentations des spécificités du management de l'hôpital
- Le style ou modèle managérial du « bon manager »
- Les représentations d'un « agir éthique » en management

- Les valeurs humanistes du soin transposables dans la gestion des ressources humaines et plus spécifiquement la place du « care », dans le management

Nous avons dans un premier temps, analysé chaque entretien, pour extraire les éléments clés des expressions recueillies, sur chacun de ces thèmes. Nous les présentons avec des verbatim dans des fiches-tableaux.

Cette première étape nous a permis de faire émerger une représentation des caractéristiques de la gestion hospitalière actuelle et ce qui pourrait constituer des leviers pour un modèle managérial, intégrant une dimension éthique forte, adapté à l'hôpital.

Au-delà de ce qui semblait pouvoir être de l'ordre d'une vision commune, nous avons cherché en quoi la fonction exercée pouvait influencer le regard porté sur le leadership exercé ou attendu. Qu'est ce qui me motive et me mobilise quand je suis directeur général, directeur des soins, cadre de santé, médecin ou soignant non médical, pour travailler et rester à l'hôpital ?

Nous avons, à partir des entretiens réalisés sur les deux établissements, classé les éléments relatifs au management, au manager et à la place accordée aux valeurs et à l'éthique. Ceci dans le cadre d'une fiche par entretien. La fiche se présente sous la forme d'un tableau avec en première colonne la fonction de l'interviewé et cinq thèmes de notre guide d'entretien, en deuxième colonne les mots clés extraits des entretiens et les verbatim les illustrant. Ces fiches sont présentées dans notre document annexe. (Annexe 4, p . 53 -87)

Nous avons procédé à une analyse de contenu de ces fiches. Le croisement des données des différentes fiches nous a permis d'identifier les représentations qui se recoupent ou s'opposent en ce qui concerne la vision relative à la gestion de l'hôpital aujourd'hui, ainsi que les leviers, perçus par les personnes interviewées, pour une évolution favorable de cette gestion. Nous nous sommes également focalisés dans le traitement de ces données sur les valeurs qui animent les professionnels dans leur métier et fonction. Ceci dans une perspective de recherche des valeurs qui pourraient être communes et partagées, au-delà des représentations qui se recoupent quant à la gestion de l'hôpital et à son management.

Nous avons complété ce recueil de données réalisé sur deux établissements par des entretiens complémentaires à partir des questions:

- Peut-on considérer que l'hôpital aujourd'hui vit une situation de crise ?
- Si oui quels peuvent être les scénarii de sortie de crise ?
- Avec quel impact sur le management et les pratiques managériales ?

Si notre échantillon ne nous permet pas de produire des résultats quantitatifs, l'analyse et la comparaison des données recueillies nous donnent une image des représentations de l'hôpital et de son management, qu'en ont les professionnels y travaillant. Nous avons pu, ainsi, différencier ce qui peut être considéré comme des caractéristiques de l'hôpital et ce qui pourrait constituer des variables ou leviers pour son management.

Parmi les caractéristiques, nous retrouvons: une organisation fortement hiérarchisée (strates) et cloisonnée, où le pouvoir médical est important, ce qui peut rendre difficile la légitimité de la direction et le management, de manière générale. L'hôpital est confronté aujourd'hui à une montée en puissance de la souffrance des personnels et à une perte d'attractivité des métiers soignants. Moins spécifiquement et au même titre que les entreprises, il a à prendre en compte des évolutions sociétales. Ainsi, il s'agit de manager de plus en plus dans la complexité, l'incertitude tout en prenant en considération des changements d'attitudes et de comportements au travail, avec en particulier l'arrivée de la jeune génération dite génération Y. Mais, on y retrouve toujours, un attachement fort pour la vocation de service public et celle d'accueil de personnes en souffrance.

Les leviers identifiés sont : un organigramme « simplifié », l'amélioration de la communication et de l'interdépendance et une évolution de la formation des managers afin de développer une vision commune et des compétences managériales adaptées. Il semble important de développer une attention et un soutien tout particuliers aux cadres de proximité dont le rôle est essentiel et qui peuvent aujourd'hui être en grande difficulté. Le mode de financement tout nouvellement instauré est aussi à compléter.

Plus globalement, une vraie réflexion pour un modèle managérial adapté semble devoir s'instaurer. Le modèle gestionnaire n'est plus d'actualité et le modèle de management participatif, souvent mis en avant est parfois galvaudé et pas vraiment satisfaisant.

1.2. Sur deux établissements

1.2.1. Hôpital de B.

Établissement public de santé, l'hôpital de B, est l'établissement de référence d'un bassin de santé de plus de 200 000 habitants. Il assure des missions de soins, d'enseignement et de formation des futurs médecins et personnels soignants.

Le poste de Direction générale est occupé par une femme, qui a pris ses fonctions depuis quelques mois lorsque nous la rencontrons pour la première interview. Précédemment elle assurait des fonctions de directeur adjoint, dans un CHU. Elle est dans la tranche d'âge 50-60 ans, lors de notre étude.

L'organigramme présente huit directions : direction des soins, direction des ressources humaines et de la formation, direction de la stratégie et des affaires médicales, direction de l'action gériatrique, direction de la qualité gestion des risques, direction des finances et du système d'information, direction des services économiques, direction des services techniques.

Il présente une parité hommes/femmes : 4 directions femmes, 4 directions hommes. Le médecin responsable du service d'information médicale, la direction de la communication ainsi que la direction de l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) sont des postes occupés par des femmes. Donc un organigramme plutôt féminin.

Directrice de la communication DIRECTION Assistante de direction							
Direction des soins	Direction des ressources humaines et de la formation	Direction de la stratégie et des affaires médicales	Direction de l'action gériatologique	Direction de la qualité gestion des risques	Direction des finances et du système d'information	Direction des services économiques	direction des services techniques.
Service social	Institut de formation				Service information médicale		

Il est à noter que le projet d'établissement est présenté sur le site de l'hôpital, donc accessible à tous. Ce Projet d'Établissement couvre la période 2013 – 2017. Il repose sur six axes stratégiques, déclinés dans chaque pôle, et, qui ont pour finalités: le développement de l'offre de soins, le maillage territorial, l'organisation des parcours de soins, la politique de qualité et d'évaluation, la gestion des ressources humaines et des fonctions supports.

1.2.2. Hôpital de D.

Les activités de cet établissement sont réparties sur 6 sites, offrant une capacité d'environ 1000 lits et places (dont environ 200 médicosocial), répartis en 8 pôles d'activités cliniques et médicotechniques : Pôle SMUR-Urgences-Réanimation, Pôle Femme – Mère-Enfant, Pôle Médecines-Vasculaire, Pôle Médecines-Cancérologie, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie, Pôle d'Activités Gériatriques, Pôle Psychiatrie, Pôle Transversal.

Le directeur est un homme. Il est en poste depuis dix-huit mois, lors de notre première rencontre et entretien. Précédemment il était directeur général dans un hôpital d'environ 300 lits et places.

L'organigramme présente 4 départements (Département des Affaires Générales, Département des Ressources Humaines, Département des Finances et du Contrôle de Gestion, Département de la Logistique et du Développement Durable) et 9 directeurs (5 hommes et 4 femmes) et se présentent ainsi.

DIRECTION									
Département des Affaires générales		Département des Ressources Humaines			Département des Finances et des Contrôle de Gestion		Département de la Logistique et du Développement Durable		
Directrice des Affaires Générales de la Communication de la Qualité de la Gestion des Risques et des Relations avec les usagers	Directeur des Affaires Médicales et de la Stratégie	Directeur des Ressources Humaines	Directrice des Soins	Directrice des Instituts de formation	Directeur des Affaires Financières	Directeur du Plan, des Services Logistiques et du développement durable	Directrice des Affaires économiques	Directeur de l'Ingénierie et du Système d'information	

2. Les résultats

2.1. Les caractéristiques du management hospitalier

2.1.1. Un système lourd, cloisonné avec un pouvoir médical fort

2.1.1.1. Un système cloisonné fait de strates et de « familles » différentes

L'organisation en pôles visait une décentralisation, mais comme nous l'avons vu, la délégation de gestion, se met difficilement en œuvre, à l'exception de quelques CHU. Aujourd'hui les hôpitaux ont répondu à l'injonction de la mise en place des pôles, pas toujours dans une logique de filières patients comme la réforme l'envisageait, mais plus souvent en regard de la capacité ou pas, des médecins, à travailler ensemble en bonne intelligence.

Cette nouvelle organisation n'a pas pour autant réduit le nombre de directions fonctionnelles. Auprès du directeur général on retrouve en premiers postes le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le coordonnateur ou directeur des soins, (tous trois membres de droit du directoire) puis le directeur financier, le directeur des affaires médicales, le directeur des ressources humaines...

Dans son ambition de modernisation de la gouvernance de l'hôpital, le législateur avait pour ambition de transformer une organisation pyramidale en un système matriciel. Mais à ce jour, cette organisation est plutôt perçue comme ayant une direction à « plusieurs têtes » et présentant des cloisonnements à différents niveaux. La mise en place des pôles peut contribuer à renforcer cette situation au lieu de l'améliorer. D'où, une vigilance accrue, nécessaire, à ce que les pôles ne s'isolent pas les uns des autres et une attention particulière à créer une vraie coordination voire une synergie entre eux, avec des temps et espaces de rencontres et d'échanges.

Cette problématique est soulignée par les directions des soins

«L'hôpital est très hiérarchique, trop hiérarchique, les cadres de santé n'osent pas se positionner vis-à-vis des cadres supérieurs de santé et idem... je crois que c'est spécifique à l'hôpital de ne pas donner la parole aux cadres »(DS)¹⁶⁷

« Les points négatifs, les contraintes financières, le manque de temps et de moyens. L'éloignement de toutes les strates de la proximité, toutes les strates sont tirées vers le haut et je crois qu'il y a beaucoup de souffrance. Bien fonctionner pour bien produire ce n'est plus le cas. La façon dont les 35heures ont été mises en place ne nous a pas aidés. La RTT s'est résumée à de la réduction du temps de travail sans réflexion. La mosaïque qu'est l'hôpital n'est pas regardée unité par unité, il n'y a pas assez d'adaptation à des spécificités. C'est un défaut, en même temps, quand on gère c'est difficile de trouver la juste mesure entre le tout individuel et le tout collectif» (DS).

Les médecins et les cadres de santé se plaignent également des cloisonnements et du déficit ou du manque de qualité de la communication.

« La Nouvelle Gouvernance introduit des strates supplémentaires, on n'a plus accès aux cadres de proximité. Il y a une incohérence dans les missions, on dirait que personne ne communique au sein de la direction. On a plus de raison de se rencontrer entre unités de soins» (médecin).

« Des vrais collaborations entre médicaux et paramédicaux, une collaboration intelligente, c'est un modèle à préserver. Le risque c'est le cloisonnement, que le pôle devienne une institution dans l'institution d'où l'importance des fonctions transversales » (CS).

Qu'est-ce qui peut être à l'origine de ce sentiment de nombreux cloisonnements ? La taille de la structure, trop importante, elle n'est plus à taille humaine, elle ne permet pas de vrais rencontres malgré les nombreuses réunions ? La confrontation de cultures différentes, le sentiment d'appartenance à des mondes différents qui ne partageraient pas les mêmes valeurs, les mêmes visions ou ambitions ?

¹⁶⁷ Nous avons réalisé un index des sigles utilisés dans ce document en particulier pour l'identification de la fonction (métier) de la personne dont nous transcrivons le verbatim, cet index se trouve p.278

Dans les deux institutions où nous avons mené nos premiers entretiens, il semble qu'il y avait une recherche d'alliance différente de la part des directions générales. Pour l'un des directeurs le partenariat avec la coordinatrice des soins était visiblement important : « *La direction des soins est une direction importante, il est important pour moi qu'elle soit loyale par rapport aux décisions* » ; alors, que l'autre parlait beaucoup du directeur des ressources humaines, de son ancienneté, du pouvoir qu'il avait acquis dans l'institution.

«La politique RH fonctionne sur un système centralisé. Le DRH a un certain poids sur l'établissement. Je suis incapable de dire si les directions de soins, les cadres supérieurs de santé les cadres de proximité sont gênés par ce DRH très fort...Cette DRH forte qui concentre le recrutement, ce n'est pas dans l'air du temps avec la nouvelle gouvernance. Chaque établissement a une culture, une histoire et on ne vient pas plaquer une politique. »
(DG)

De fait, dans cet établissement le DRH précisera lors de l'entretien qu'il est membre du directoire. Nous voyons aussi, ici, le souci accordé par cette direction à la culture propre de l'établissement. L'importance qu'elle accorde à rechercher l'adaptation ou pas de règles générales ou d'injonctions au contexte institutionnel, historique et culturel.

Car l'hôpital est aussi vu comme une grande famille, ou des familles portant des noms différents.

« C'est une vieille professionnelle qui vous parle, on s'est cloisonné, on s'est séparé de notre corporation. Infirmières Générales, on appartenait à la même famille aujourd'hui on appartient toujours à la même famille, mais on ne porte pas le même nom de famille » (DS).

Cette coordinatrice des soins souligne ici, qu'initialement, lorsqu'en 1975 par décret, était institué un poste auprès de la direction générale d'un cadre de direction issu de la filière infirmière, elle ne s'appelait pas alors « directrice » mais « infirmière générale ». Elle venait pour combler un vide ressenti par certains directeurs d'hôpitaux. « *Avec l'infirmière générale, c'est le malade qui entre dans l'équipe de direction, c'est le pouvoir hospitalier qui se met au service du malade...Il me paraît important que l'infirmière générale soit le garant du bonheur des hospitaliers dans leur milieu de travail...une infirmière générale*

dont l'esprit de justice sera allié à un sens humain authentique, peut être le facteur d'équilibre de vie des malades » (Bezzina, 1976).¹⁶⁸

Il est intéressant de repérer qu'à son origine il était assorti à cette création de poste d'Infirmière Générale, ces deux vocations : une meilleure compréhension des besoins et attentes des malades et un soutien des soignants, ici carrément traduit en terme de « *bonheur des hospitaliers* ». Dans la période actuelle, où on parle de mercantilisme par rapport aux soins et de dégradation des conditions de travail, de sentiment de mal être au travail voire d'épuisement, n'a-t-on pas à regarder si les rôles de la fonction d'Infirmière générale, ne se sont pas perdus lorsqu'elle est devenue Directrice des Soins (puis Coordinatrice des Soins) ?

Il est assez classique de dire qu'à l'hôpital on trouve trois grandes castes, qui poursuivent chacune une logique différente : la logique médicale, la logique soignante et la logique administrative.

Si nous nous référons au modèle théorique des « économies de la grandeur »¹⁶⁹ (L. Boltanski & L. Thévenot, 1991) au moins deux mondes seraient en confrontation dans l'organisation hospitalière. Le « monde domestique » et le « monde industriel ». Dans le monde domestique, les figures de référence sont celles de la famille, de la tradition, des anciens, des ancêtres, Le respect du devoir envers les pairs, envers le père, la subordination sont au cœur de la relation. « De même les relations entre le « patron » hospitalier et son équipe d'internes et d'infirmières s'analysent fortement en fonction de traditions reconnues et de règles du « milieu » »¹⁷⁰ (H. Amblard, P. Bernoux..., 1996).

Dans ce monde l'accent est mis sur les relations personnelles entre les gens avec la notion forte de hiérarchie, de considération et de subordination où est entretenue une relation de confiance (sans pour autant parler de familiarité) avec le supérieur. Il y est nécessaire de passer par des personnes pour remonter les chaînes hiérarchiques.

¹⁶⁸ G. Bezzina, (1976), Revue Techniques Hospitalières, février, cité par M. Ribaut et C Aromataro in l'Hôpital entreprise, pourquoi pas, Editions Lamarre

¹⁶⁹ L. Boltanski & L. Thévenot, (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, mrf essais, Gallimard. Dans le cadre de leur travail ces chercheurs dégagent des diverses philosophies politiques, pour eux essentielles, « 6 mondes » qui se caractérisent par des représentations, principes et valeurs spécifiques et différentes d'un monde à l'autre. Les 6 mondes sont : le monde de l'inspiration, le monde domestique, le monde de l'opinion, le monde civique, le monde marchand, le monde industriel.

¹⁷⁰ H. Amblard, Ph. Bernoux, G. Herreros, Y.F. Livian, 1996, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, seuil, p. 80

Dans ce monde « *si le supérieur est bienveillant et serviable avec tous, tout le monde lui en saura gré...les plus grands comprennent les petits comme s'ils les avaient faits. Ils leur sont premiers dans l'ordre des générations et, indissociablement, dans les hiérarchies. Cette primauté est source d'autorité. Ainsi la génération du milieu a un rôle d'autant plus ingrat qu'elle doit, à la fois, faire preuve d'autorité vis-à-vis des enfants, et d'égards et de prévenances envers les grands parents* ». ¹⁷¹

A l'hôpital, nous retrouvons souvent des plaintes des médecins, par rapport aux cadres de santé « toujours absents », pas assez disponibles pour le service (et pour eux). Dans, le même temps, les soignants demandent à être soutenus par leur cadre lorsqu'ils sont en difficultés. Ces difficultés pouvant être, l'incapacité de s'organiser correctement pour les soins en l'absence d'informations du médecin sur sa propre organisation (heure des visites, moment où il voudra contrôler un pansement...) voire parfois des comportements d'agressivité, ou des propos insultants ou irrespectueux. Ainsi, au-delà du soutien c'est parfois « *être défendu* » que le soignant demande au cadre de proximité. Ils entendent par-là que le cadre prenne leur défense, soit « *leur avocat* », quand ils se sentent non respectés, voire agressés par certains malades, familles de malades, ou par des médecins. Dans le monde domestique, « *le principe supérieur commun se manifeste dans les démonstrations d'un supérieur qui, en face à face et en personne, accorde sa confiance, apprécie, considère, félicite, juge, donne des marques de mépris, fait des remontrances, des observations ou 'passe un savon'* ». ¹⁷²

Or dans l'étude menée sur les « *hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un, où il fait bon se faire soigner* », la bonne collaboration entre médecins et infirmières est identifiée comme une condition essentielle. Un accès facile et informel à la haute direction ou l'impression d'être au moins écouté sont aussi des aspects mis en avant. Il y est évoqué aussi l'apparition régulière de l'expression « *ici, c'est une famille* » (Y. Brunelle, 2009). ¹⁷³

Dans un ordre hiérarchique, le jugement appartient au plus « *grand* » à qui l'on ne doit, par conséquent, rien laisser ignorer afin qu'il puisse arbitrer en connaissance de cause. ¹⁷⁴

¹⁷¹ L. Boltanski & L. Thévenot, op cit, p.209

¹⁷² Op cit, p.220

¹⁷³ Y. Brunelle « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, in *Pratiques et organisation des Soins*, volume 40 n° 1/ janvier mars 2009

¹⁷⁴ O L. Boltanski & L. Thévenot, op cit, p.220

A l'hôpital « *le plus grand* » est-il le directeur ? Certainement pas, jusqu'à présent, car il n'est pas reconnu comme appartenant à ce « *monde* ». Le plus grand au niveau de l'hôpital peut être un médecin, un professeur de haute renommée ou à fort charisme, voire le président de CME (Commission Médicale d'Etablissement) élu par ses pairs. D'autre part, les médecins font le plus souvent carrière dans le même hôpital, alors que les directeurs pour faire carrière, auront eux, besoin de changer d'hôpital, démarrer dans une petite structure, pour accéder au fil du temps à des structures de plus en plus importantes et terminer pour certains, Directeur Général de CHU, consécration suprême. Les directeurs passent alors que les médecins restent.

Le deuxième « *monde* » représenté, et dont on peut penser que les réformes de ces dernières années, portant sur l'hôpital, tendent à vouloir la suprématie, est « *le monde industriel* ». Ce monde a pour principe supérieur l'objet technique, la méthode scientifique, l'efficacité, la performance. Alors que la notion de « *devoir* », « *d'exemple* » sont prégnantes dans « *le monde domestique* », dans le monde industriel on se centrera sur « *investissement et progrès* » et sur la « *mesure* ». ¹⁷⁵ « *L'ordonnance du monde industriel repose sur l'efficacité des êtres, leur performance, leur production, leur capacité à assurer une fonction normale, à répondre utilement aux besoins...Les objets du monde industriel sont des instruments, des moyens, mobilisés pour une action qui se présente comme une tâche de production* ». ¹⁷⁶

On pourrait penser que la montée en puissance de la technologie et des techniques en médecine peut contribuer à rapprocher le corps médical, voire soignant de ce « *monde industriel* », mais à voir certaines attitudes et comportements, la médecine reste quand même avant tout « *un art* ». On le retrouve dans le langage professionnel quand il est fait référence en termes de bonnes pratiques « *à l'état de l'art* ». Cela peut expliquer une certaine résistance, dans le cadre de la certification, de s'inscrire dans des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP). On le retrouve dans l'expression de médecins lors des entretiens « *La T2A a perverti la mission du médecin hospitalier, ça a modifié leur schéma thérapeutique jusqu'à en oublier que c'est de l'humain...La T2A ne valorise que la technique...le médecin est considéré comme un technicien* ».

Cette confrontation à un monde dont je ne me reconnais pas, participe au sentiment de perte de repère, voire crée de la souffrance. Ainsi ce même médecin qui dit « *Les hommes qui sont*

¹⁷⁵ H. Amblard, Ph. Bernoux, G. Herreros, Y.F. Livian, (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, 1996, p.88

¹⁷⁶ L. Boltanski & L. Thévenot, op cit, p.256

restés à l'hôpital sont pour la plupart un peu pathos, car pas capables de sortir de la maison mère...Aujourd'hui plus de négociation possible...on est bâillonné en quelque sorte, on est devenu rien, on n'a plus la parole en tant que chef de service »

Le développement du *care* pourrait-il contribuer à la rencontre possible de ces mondes différents ? Il semblerait que oui si nous considérons que « *Ce qui caractérise les interrogations ouvertes par l'éthique et la perspective politique du care, c'est qu'elles invitent à croiser les approches disciplinaires, et, comme pour les études de genre, confrontent aux limites des cloisonnements intradisciplinaires ou d'un positionnement strictement disciplinaire* » (Gilligan, Hochschild, Tronto, 2013).¹⁷⁷

D'autre part, cette forte hiérarchisation qu'à l'instar du modèle des économies de la grandeurs on pourrait rapprocher d'un modèle prégnant du « *monde domestique* » serait donc porté par un corps médical ayant historiquement un pouvoir fort.

2.1.1.2. Le pouvoir fort du corps médical

La transformation de l'hôpital hospice en hôpital sanitaire, où on accueille les urgences, on diagnostique et traite la maladie, a permis une prise de pouvoir forte par le corps médical ces dernières décennies. L'image de l'hôpital, encore très récemment (plus rarement aujourd'hui) était souvent associée à l'image d'un ou quelques médecins. Le service était le service du Dr. X et l'équipe paramédicale, était l'équipe du même Dr., avec parfois une grande fierté « *à appartenir* » à cette équipe. La surveillante (femme, qui n'était pas encore cadre de santé) formait « *le couple* » (qui pouvait avoir une durée de vie très longue) avec le médecin chef de service (homme) dont l'équipe était les enfants. On retrouve encore parfois dans certaines équipes cette nostalgie du grand médecin que l'on respectait et de la surveillante qui prenait soin, soutenait : « *Du temps du Dr.T.. et de Mme P... ce n'était pas comme aujourd'hui, on travaillait dans de bonnes conditions, on était une bonne équipe, il nous apprenait, il nous respectait, elle était attentive à nos besoins, elle était capable de prendre la blouse d'infirmière quand on était surchargée de travail...* » (Soignants d'un service d'orthopédie, où le chirurgien avait acquis une grande renommée professionnelle).

¹⁷⁷ Gilligan, C., Hochschild, A., Tronto, J., (2013), *Contre l'indifférence des privilégiés, à quoi sert le care*, édité et présenté par Patricia Paperman et Pascale Molinier, Payot

Qu'en est-il aujourd'hui à travers nos entretiens ? Il semble que les opinions soient divergentes selon sa fonction.

Il y a vingt ans le travail en partenariat, la collaboration entre médecins et paramédicaux semblaient de l'ordre du rêve ou du vœu pieux comme l'exprimaient ces auteurs : *«La présence au sein de l'équipe de direction, d'un référent médical – véritable directeur médical choisi par ses pairs pour son charisme institutionnel- est nécessaire pour rendre les relations plus chaleureuses, les orientations médicales institutionnelles plus cohérentes et instaurer un partenariat plus efficace. Mais envisager un partenariat médical et infirmier est un pari audacieux. Tant de différences entre eux ! Entrent en ligne de compte la formation centrée pour les uns sur la maladie, pour les autres sur l'étude de l'homme sain, de l'homme malade, en prenant en compte son environnement psychologique, social et affectif, l'origine sociologique, le sexe, l'âge, la culture hospitalière, la représentation et la reconnaissance sociale, le niveau de salaire, les droits et les devoirs au sein de l'hôpital et les liens hiérarchiques avec la direction (inexistants pour les médecins). Il n'est pas aisé non plus de vivre un partenariat lorsque l'un des partenaires même minoritaire [...] détient des pouvoirs spécifiques... »* (Ribaut et Aromatario, 1976).

Aujourd'hui, la Direction des Soins, voit le pouvoir médical comme une entrave à la bonne gestion des soins.

« Le pouvoir aujourd'hui, est plus du côté médical ; avec les dernières réformes, alors que j'ai l'impression qu'on ne dirait pas au directeur d'un Carrefour qu'il aura quelqu'un avec un pouvoir fort à côté, en particulier pour le choix du personnel » (DS).

Pour Erhard Friedberg, dans toute organisation, le pouvoir est incontournable, il n'a pas une connotation négative, mais il n'en fait pas une théorie de la motivation : *"Il ne faut pas avoir mauvaise conscience d'avoir du pouvoir, il faut avoir mauvaise conscience d'abuser du pouvoir"*.

Il est lié au fait que lorsqu' une organisation a à produire des résultats fruits d'un travail de coopération, la coopération n'étant pas naturelle, le pouvoir est ce qui permet de produire certains comportements. Le pouvoir permet de faire faire ce que certains ne feraient pas spontanément. Ainsi, exercer du pouvoir c'est produire des comportements non spontanés chez l'autre. Le pouvoir s'exerce donc à travers une relation et est intimement lié à des

interactions. On n'a pas de pouvoir en soi, on a du pouvoir face à quelqu'un, c'est un élément de la relation.

Il se différencie de l'autorité, l'autorité s'établit par rapport à une ligne hiérarchique, le pouvoir c'est la capacité à structurer un changement de comportement des subordonnés en sa faveur.

Il peut être vécu comme une imposition unilatérale ou une négociation. Quelle soit explicite ou implicite (ce qui est le plus souvent le cas) la négociation indique un échange, donc, d'avoir quelque chose à offrir en échange de ce qu'il est demandé de faire. Les deux atouts de la négociation sont la promesse et le chantage, la menace d'une conséquence indésirable pour l'autre. Cette attitude est retrouvée dans le style de leadership dit transactionnel. Le leadership transactionnel, comme nous l'avons vu dans le chapitre « approche théorique », est lié au processus relationnel et à la qualité de la relation instaurée entre leader et collaborateurs. Ce processus s'appuie sur une relation d'échange dans laquelle le respect des obligations est convenu explicitement ou implicitement (Vernazobres, 2013).¹⁷⁸

L'individu cherche à se différencier, il cherche à se créer une niche en empêchant l'autre d'en avoir une, et c'est là qu'on retrouve l'inégalité fondamentale (Bourdieu, 1976) les forts se renforcent et les faibles s'affaiblissent.

Le directeur d'un des deux établissements voit les médecins comme des acteurs clés sur lesquels il peut s'appuyer. Le directeur de l'autre établissement semble au contraire les percevoir comme un obstacle possible pour asseoir sa légitimité et son autorité.

« Ce qui m'a étonné ici, c'est la qualité des relations et le climat global de cet établissement, les relations entre médecins, cadres, syndicaux. C'est un hôpital apaisé. J'ai déstressé en arrivant. Dans cet établissement on ne travaille jamais dans la tension. Pourquoi ? Je n'ai pas forcément les clés, c'est un établissement jeune. Il est passé d'un hôpital hospice, du moyen âge...hospice en 95...Le fait d'être venu dans une architecture neuve, en 95 c'est aussi une nouvelle équipe de direction. Les médecins disent, avec la direction nous avons construit un beau projet. C'est plus facile de manager dans le progrès il n'y a pas eu à restructurer des services » (DG hôpital de B).

¹⁷⁸ Vernazobres, P. , (2013), Tous leaders ? Quels leaders ?, Evolution des théories du leadership et pratiques des grandes entreprises, Colloque , in *Leadership : enjeux et mutations*, Journées organisées par le Groupe de Recherche Thématique de l'AGRH, Montpellier, 5 juillet 2013

« L'autorité ne se déclare pas, elle se conquiert par une reconnaissance spécifique. A l'hôpital, différent de l'administration classique avec des chefs et des sous-chefs et des agents qui sont amenés à obéir. "L'acteur et le système" ne s'est jamais appliqué à l'hôpital du fait de la présence des médecins. La direction n'est pas une fonction considérée comme légitime à l'hôpital. Ils ont dû acquérir la reconnaissance par la compétence. Cette compétence est de moins en moins remise en question. Le directeur doit-il être médecin ? Le directeur non médecin est de plus en plus légitime dans sa capacité à manager, fixer des objectifs. Le manager fait en sorte que tout le monde tire dans la même direction » (DG hôpital D)

On perçoit un sentiment de sécurité pour piloter l'établissement, dans le premier témoignage, qui ne semble pas présent dans un deuxième. Ici le directeur va même jusqu'à poser la question d'un « directeur médecin » à l'hôpital ; alors que cette situation est plutôt retrouvée dans le privé, plus proche culturellement de l'entreprise.

2.1.2. Le personnel hospitalier en souffrance

Comme nous l'avons déjà évoqué le secteur hospitalier n'est pas exclu de la montée en puissance des expressions d'insatisfaction, de souffrance au travail, voire de burn out. Dans les entretiens, les directions générales n'ont pas évoqué ces manifestations. Ils sont certes centrés dans leur propos sur la vie au sein des murs même de l'hôpital mais surtout sur le maintien de l'équilibre financier et sur la place de « leur » hôpital dans le système de santé régional et la politique régionale.

Ainsi, dans l'hôpital D : *« l'hôpital est dans les murs mais aussi à l'extérieur, donc le directeur doit être dans les murs mais avec une vision stratégique sur un territoire, doit capter ce qui se passe à l'extérieur, anticiper dans un monde d'incertitude, comprendre ce qui se passe pour décliner la stratégie, faire partager la vision » (DG).*

Le directeur de l'hôpital de B., exprime son souci de répondre correctement aux besoins de la population. Il s'inquiète qu'une partie de la population puisse être exclue du système de soins: *« Aujourd'hui nous sommes dans une dynamique de progrès maîtrisée, mais dans le contexte actuel cette croissance va-t-elle se poursuivre ? Aujourd'hui nous avons la même*

activité que l'an dernier, j'espère que ce n'est pas parce que certaines populations n'ont pas accès aux soins à l'hôpital de B... »

Pour autant, il semble important de regarder aussi, la santé des personnes qui sont à l'intérieur de l'institution. La démarche qualité, la gestion des risques, la T2A imposent des tâches administratives et une traçabilité qui prennent beaucoup de place au détriment du temps passé auprès des patients. Pour certains soignants, cela se traduit par une perception négative de la manière dont ils assurent leur métier. L'écart se creuse entre l'image qu'ils ont de leur métier et la réalité des activités réalisées. Ils ont l'impression d'être évalués sur les informations qu'ils ont à « tracer » et pas sur les activités assurées au lit des malades. Tout acte médical ou paramédical peut être décliné sous forme de protocoles avec des critères prédéfinis ; mais, il y a aussi tout le sens donné à l'interaction avec le patient. Si cette dimension est totalement occultée, les professionnels vivent une perte de sens, il y a décalage et écart avec ce qui leur a fait choisir ce métier. La prédominance accordée au travail « prescrit » et « réalisé » sans considération du travail « réel », crée un sentiment de non reconnaissance. De plus l'absence d'espace pour parler, partager le travail dans son « vécu », peut les perturber encore plus profondément dans son identité professionnelle et personnelle (Dujarrier, 2012).¹⁷⁹

De tels ressentis entament vraisemblablement l'estime de soi professionnelle et contribuent au sentiment de manque global de reconnaissance.

Ainsi ce directeur adjoint en fin de carrière évoque un certain épuisement : « *C'est un milieu dur...60 ans, place aux jeunes. Je pars mais parce que je ne me sens plus bien dans ce contexte, plus d'engueulades que de reconnaissance. Je sais que dans le même contexte on ne peut pas faire mieux que ce que je fais. Ma carrière, ma femme en a souffert, quand je rentre et que je suis sombre, ma famille subit* » (DA).

La directrice des soins de ce même établissement s'interroge sur le mode de management et la possibilité qu'il puisse être maltraitant.

« Aujourd'hui on fait le grand écart, le respect des gens c'est important... la recherche de la professionnalisation... Au mois de décembre, l'HAS (Haute Autorité de la Santé) a publié un document sur la bientraitance. On s'est demandé si dans l'urgence, on n'est pas maltraitant, comment entre nous on était, on s'est demandé si on faisait suffisamment attention. Déjà en

¹⁷⁹ Dujarrier, M-A., (2012), *L'idéal au travail*, Puf, Paris, p.52-56

montrant combien pour moi, c'est important de l'accueillir bien, quand je reçois une infirmière c'est une manière de lui montrer ce que j'attends d'elle. Aujourd'hui, qu'est-ce que vous avez comme expérience ? Où voulez-vous travailler ? ...on va poser les gens là où ils ont de l'expérience, c'est un moyen de reconnaissance de la compétence » (DS)

Cette recherche de l'attention à l'autre, exprimée par cette Directrice des Soins, va dans le sens, de ce que nous avons noté précédemment, relativement à une Infirmière générale garante du bonheur des hospitaliers dans leur milieu de travail.

2.1.3. Un management dans la complexité et les incertitudes

Manager à l'hôpital, aujourd'hui, à l'instar de la gestion des grandes entreprises semble être plus difficile, plus complexe. Ce ressenti est retrouvé dans nos entretiens, plutôt, dans les propos des directeurs. Ainsi, la difficulté semble être générée par le contexte interne particulier.

« D'une façon générale un directeur ne gère pas comme il y a trente ans. Les modèles du début du XXème siècle, organisation centralisée avec un système de décision centralisé, autoritaire, peu participatif fonctionne de moins en moins. L'autorité ne se déclare pas, elle se conquiert par une reconnaissance. C'est une spécificité à l'hôpital qui diffère de l'administration classique avec des chefs et des sous-chefs et des agents qui sont amenés à obéir » (DG).

« Dans le contexte difficile et qui va le devenir de plus en plus sur le plan budgétaire, il faut un pouvoir fort...on ne peut avancer dans l'hôpital que par le consensus. Le consensus ne favorise pas les choix sensibles...Il me semble inenvisageable de voter au niveau du directoire, c'est au directeur, in fine, de décider, dans le directoire le directeur est en minorité » (DG).

Mais la complexité provient, d'autre part, d'une vision stratégique difficile à définir dans un contexte environnemental mouvant.

« Il (le directeur) doit avoir des idées bien en place... soi-même, avoir une analyse alors que le système est de plus en plus complexe, de moins en moins géré par les systèmes publics...un collègue disait, moi j'attends que l'ARS me dise, il ne faut pas attendre de l'extérieur, il faut être en capacité de percevoir ce qui va se passer et avoir des stratégies et des propositions » (DG).

Malgré les difficultés évoquées à manager l'hôpital en regard du pouvoir médical et d'un contexte complexe et incertain, on retrouve une vocation à rester dans un établissement de soins faisant partie du service public.

2.1.4. Un attachement à la vocation de service public

L'attachement à la mission de service public de l'hôpital, voire la crainte d'une disparition de cette vocation, sont largement exprimés par les acteurs de l'hôpital. Souvent est rappelée la nécessaire prise en compte, dans cette mission de service public, d'un travail sur de l'humain, et du fait qu'il s'agit d'accueillir des personnes en situation de souffrance ou de vulnérabilité.

« On ne travaille pas sur des produits, mais dans l'humain, on n'est pas une entreprise mais un service public ; on va jusqu'à éviter le mot client pour utiliser plutôt usager, patient, résident. Quand je rentre ou sors de l'hôpital, je vais croiser des gens, un couple avec un bébé qui sort de maternité et en même temps d'autres en pleurs » (DA).

« On ne manage pas à l'hôpital différemment qu'ailleurs, certaines bases sont communes, le cadre hospitalier a d'autres compétences ; on gère de l'humain, il y a différents métiers à l'hôpital, tous on accueille des patients, donc face à une population en souffrance, qui a besoin d'écoute, donc aussi une attente d'écoute des équipes » (CSS).

« Ce qui me tient à cœur, les larmes aux yeux, c'est un hôpital lieu d'accès aux soins pour toutes les populations, la fierté et la motivation sont mon moteur tous les matins » (DG).

Il y a bientôt 20 ans, J.M Clément insistait sur la vocation de l'hôpital : *« Vouloir équilibrer un budget, c'est aussi savoir intégrer les dépenses humanitaires, par vocation essentielle, que l'hôpital doit prendre en charge. L'hôpital n'est-ce pas d'abord un mot synonyme*

d'accueil, de bon accueil, celui qui reçoit sans se soucier d'autre considération que celle d'apporter à autrui, au prochain pour ceux qui croient, la chaleur d'une véritable fraternité ? »¹⁸⁰

Puis relativement à la notion de service public : *« Si on peut aisément comprendre que l'efficience ne doit pas être absente du calcul économique de l'acte médical et soignant, celle-ci ne peut in fine interdire le choix de l'acte médical qui sauve sous prétexte que le coût ne serait pas amortissable ! ... Le service public reste la certitude que le dernier mot dans le choix thérapeutique appartient à qui de droit, c'est-à-dire au médecin qui, en son âme et conscience, doit choisir la prescription à la fois la plus efficace et la moins onéreuse. Cela n'empêche que l'on s'interroge sur la fixation des coûts et leur régulation » (médecin).*

Aujourd'hui, la revendication de service public pour l'hôpital reste, donc, forte. On retrouve dans les résultats des travaux de la « Mission Hôpital Public » un attachement puissant à la notion de service public: *« les hospitaliers regrettent l'image parfois défavorable et souvent critique qui semble dominer le débat public sur le fonctionnement de l'hôpital (lourdeur, coût excessif, délais de prise en charge, etc.). Ils ont mal vécu la disparition de l'expression "service public hospitalier" dans la nouvelle réglementation. Ils évoquent un sentiment de mise en cause et de critique injuste. En contrepartie, ils sont souvent très investis et attachés aux valeurs particulières de l'hôpital public ainsi qu'à son rôle à la fois médical, scientifique, social et régulateur dans la société française. Aptes au débat, capables de critique mais aussi légalistes. Ils attendent une juste reconnaissance des efforts importants qu'ils pensent accomplir ».*¹⁸¹

¹⁸⁰ J.-M., Clément, (1994), *Essai sur l'hôpital, les cahiers hospitaliers*, Berger-Levrault, Paris.

¹⁸¹ La mission hôpital public a été mise en place, par une lettre de mission datant du 17 juin 2011, par M. Xavier BERTRAND, Ministre du travail et de l'emploi et de la santé. La coordination était confiée conjointement au Dr. Francis Fellingier alors président de la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers, président de la CME de CH d'Hagenau et à Frédéric Boiron président de l'Association des directeurs d'hôpital, directeur du CHU de St Etienne. Les autres membres de la mission (au nombre total de 9) rassemblaient des compétences médicales, managériales, et soignantes exerçant tous à titre principal dans les hôpitaux. Publics. dans sa lettre de mission le Ministre leur demandé « d'organiser, avec l'appui des directeurs généraux des agences régionales de santé et en relation avec les délégations régionales de la fédération hospitalière de France, des conférences et des temps d'échanges approfondis au sein des territoires de santé. Vous aurez à cœur d'engager le dialogue sur les difficultés concrètes vécues dans les hôpitaux publics et les solutions susceptibles d'y être apportées à court et moyen terme. Vous veillerez également à recenser les réussites ou les adaptations mises en œuvre sur le terrain avec succès pour faire vivre le système de santé décloisonné entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. »

2.2. Les leviers

2.2.1. Un management qui transforme les rapports de force en synergie

Nous retrouvons dans les entretiens, à l'instar d'ailleurs de la littérature ou de certains témoignages et publications dans Hospimédia, cette représentation d'un l'hôpital, dans lequel on retrouve des cloisonnements forts, aussi bien sur un plan vertical qu'horizontal.

Il y a donc un véritable enjeu à identifier et mettre en œuvre des stratégies pour réaliser des brèches dans ces cloisonnements et faire en sorte de développer une meilleure communication sur l'axe vertical (top/down et bottom/up) et d'avantage de coopération sur l'axe horizontal.

L'organisation en pôles ne semble pas vraiment avoir contribué à décloisonner, comme cela avait été espéré. Cette nouvelle organisation est-elle trop jeune pour offrir ce résultat, ou la mise en œuvre trop partielle, voire factice, comme cela a été exprimé ? Ou la solution est-elle ailleurs ?

Nous avons précédemment fait références aux « Magnet hospitals » américains. Trois de leurs caractéristiques participent au décloisonnement et favorisent au contraire l'interdépendance, nous semble-t-il: « *des valeurs ancrées et partagées* », « *peu de paliers hiérarchiques* » et une « *une gestion souple et ferme à la fois* ». Les observateurs de ces hôpitaux soulignent l'importance de la confiance entre pairs, ainsi qu'entre administration et professionnels, amenant implication et entraide. La discipline semble provenir essentiellement des valeurs partagées : « *les valeurs sont, ainsi, formulées, véhiculées et reproduites. Ces valeurs expliquent ce qui se passe. Les relations avec des gestionnaires stables, présents et accessibles supportent le tout* »¹⁸² (Brunelle, 2009).

Il y a certainement à penser une plus grande fluidité de la communication descendante et ascendante dans nos hôpitaux et à donner du temps et de l'espace pour plus de rencontres

¹⁸² Brunelle, Y.,(2009), Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner , *Pratiques et Organisation des Soins*, Volume 40, n° 1, Janvier-mars 2009.

informelles qui contribuent à mieux se connaître. Ainsi, dans un entretien, ce directeur soulignait :

« Je crois beaucoup que les choses se disent plus facilement quand les gens se connaissent...je me souviens en tant que directeur adjoint à L. après le CTE nous avons un repas avec les représentants du personnel. C'est une forme qui permettait que les problèmes des personnes ne fassent pas barrage » (DG).

Alors qu'une autre direction exprime l'écart entre ce qu'elle a vécu en CHU, pour ce qui concerne les comportements des médecins, et ce qu'elle vit dans ce nouvel établissement :

«Des évènements dans ces CHU qui n'ont pas bougé, je considère que ces professeurs sont dans un autre monde...des professeurs qui ne peuvent pas entendre qu'on vienne leur dire ce qu'ils doivent faire, ne peuvent admettre que d'autres viennent leur dire comment ils doivent progresser...Ici ont été recrutés des praticiens qui avaient envie de porter des projets, pas ses projets dispendieux, ici il y a des médecins ouverts mais aussi qui ont envie de gérer des projets » (DG).

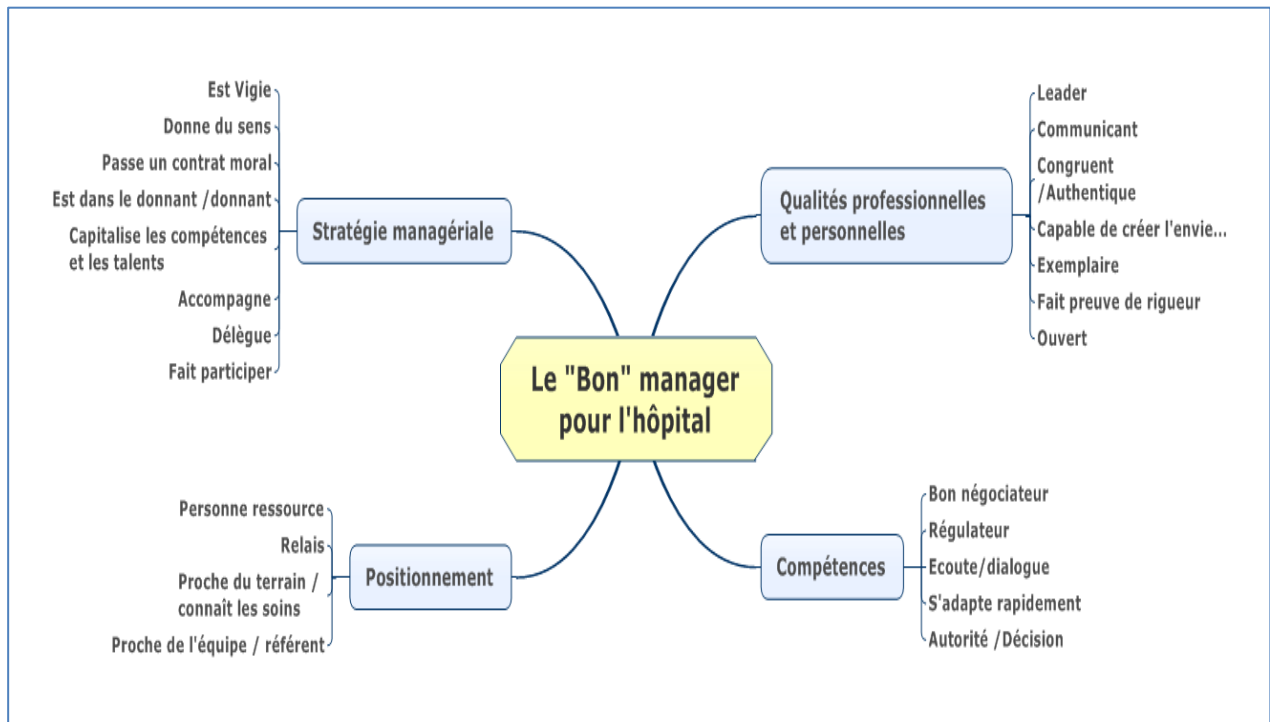
2.2.2. Un leadership plutôt transactionnel voire transformationnel

2.2.2.1. Le « mouton » à cinq pattes

Les représentations du « bon » manager à travers les propos recueillis lors de nos entretiens donnent plutôt un inventaire à la Prévert, d'attributs, d'attitudes et comportements qui caractérisent le « bon » manager.

Nous avons pu toutefois rapprocher et représenter, sous la forme d'une carte heuristique les éléments clés des descriptions en quatre parties : les qualités, les compétences, le positionnement et la stratégie.

Schéma n°6 : Carte heuristique des qualités du « bon manager » à partir des éléments de représentation des interviewés



Les interviewés présentent le « bon » manager pour l’hôpital à travers un certain nombre de qualités personnelles et professionnelles. C’est une personne ouverte, ayant de grandes capacités d’écoute et de dialogue. C’est aussi une personne authentique et exemplaire.

« *Quand on écoute au poste où je suis cela peut permettre de faire changer ma stratégie, ma décision.* » (DS). « *L’écoute c’est être présent, attentif auprès des équipes, écouter leurs demandes, de la disponibilité tout en ayant en tête qu’on est le manager, que l’on donne le sens.* » (CS). « *Pour un management de qualité, le dialogue est essentiel.* » (SFO). « *Pour moi le directeur doit être exemplaire, quand il tient un discours, il faut qu’il soit cohérent avec son discours, une attitude humaine qui fasse que le message à faire passer soit didactique* » (DG)

Le « bon » manager doit être en capacité de savoir prendre des décisions, s’adapter rapidement. Il doit démontrer également des compétences de négociateur, de régulateur en s’appuyant, là aussi, sur ses capacités d’écoute et de dialogue.

« A la fois tenir compte de nos besoins, de nos désirs, nos limites et des besoins de la direction. Il y a un travail de négociation fort » (Inf.). « Les objectifs j'y crois donc j'arrive à faire adhérer...je ne suis pas un manager par l'affect, pourtant je suis à l'écoute et attentive, c'est ce qui permet de me positionner plus facilement » (CSS). « Un DRH est régulateur des fonctionnements » (DRH). « Il n'y a pas une façon de manager, il y a des individus auxquels on s'adapte, c'est en se centrant sur l'individu pour voir comment il fonctionne... il faut que la personne ait du plaisir à venir travailler, ça c'est un boulot important du cadre » (CS).

2.2.2.2. Une personne ressource proche du terrain

Auprès de ces qualités et compétences à rapprocher de la notion d'attributs du manager, les entretiens ont plus spécifiquement mis en avant l'importance de son positionnement: c'est une personne ressource, un relais, et pour le corps paramédical qu'il soit directeur, cadre, ou soignant, le « bon » manager est proche du terrain, il connaît bien les soins et il soutient l'équipe. Il est intéressant de repérer ici cette connaissance, voire cette expertise des soins qui est souhaitée du manager et cette proximité de l'équipe qui en est attendue.

« Le DRH doit parfois prendre son casque du mineur et aller écouter sur le terrain. » (DRH). « Le manager de proximité, il est plus en lien avec les contraintes budgétaires d'activité qu'à l'écoute de l'équipe, il faut repositionner le cadre près de l'équipe » (inf.). « Les agents ont la sensation de ne pas être écoutés par les cadres; que le cadre puisse permettre l'épanouissement des agents » (PS). « Je ne l'ai jamais entendu dire, il manque quelqu'un, je vais vous aider à faire le tour des soins. On n'est plus du tout auprès des patients quand on est cadre... la cadre ne regarde pas la charge réelle que l'on a auprès du patient. » (Inf.).

En ce qui concerne la stratégie du manager, trois grands axes sont mis en avant: assurer une veille de l'environnement, donner le cap et mobiliser les ressources humaines. Ce dernier axe est plus particulièrement explicité. Le « bon » manager est centré sur les compétences, il accompagne, il délègue, il est dans le donnant/donnant, utilise le contrat moral et fait confiance.

« Le directeur doit capter ce qui se passe à l'extérieur, anticiper dans un monde d'incertitudes, comprendre ce qui se passe pour décliner la stratégie, faire partager la vision. » (DG). « Je manage beaucoup sur un système de contrat moral...je fais un parallèle avec ce qu'on fait dans notre vie de famille. » (DS). « Il faut être dans le donnant/donnant, être capable de dire quelles sont vos attentes, quelles sont les marges de manœuvre que l'on a et que l'on n'a pas, qu'est-ce qui est négociable et ne l'est pas, et dans le négociable il faut aller dans la négociation » (DS). « Le plus difficile, ça été de trouver l'objectif commun et le sens que l'on peut donner à une équipe de cadres. Donner le sens tout en les accompagnant dans leur mode de management, en faisant passer certaines de mes valeurs professionnelles dans le management »(CSS). « Il faudrait partir des ressources, des compétences individuelles de chacun, d'un projet plus individuel. » (Inf.).

2.2.2.3. Un modèle de leadership fluctuant entre «transactionnel » et « transformationnel »

A travers ces entretiens, nous ne retrouvons pas vraiment un modèle de manager mobilisant un leadership directif et privilégiant les objectifs et les résultats. On le (se) voit ou le (se) souhaite plutôt centré sur l'élément humain. Cela peut sembler étonnant après une revue de littérature qui pouvait donner l'image d'une gestion de l'hôpital focalisée sur l'économique et le financier. En même temps, nous demandions lors des entretiens, ce qu'était pour eux « le bon » manager pour l'hôpital. Ils ont donc pu nous décrire le modèle dont ils voulaient se rapprocher (ou qu'ils voudraient avoir, lorsque la parole venait des agents), et pas forcément ce qu'ils faisaient ou vivaient actuellement.

Le modèle de leadership ainsi décrit, s'apparente fort à un leadership transactionnel, à travers ses qualités d'écoute, d'ouverture, de dialogue, ses compétences de négociateur et de régulateur. On retrouve aussi une caractéristique du leadership transactionnel dans ce qui est mis en exergue de la stratégie : « *il est dans le donnant/donnant, utilise le contrat moral...* ».

On retrouve aussi des caractéristiques du leadership transformationnel dans les qualités mises en avant telles que l'authenticité, l'exemplarité, l'ouverture et dans le fait qu'il est perçu comme une personne ressource, capable de motiver et d'accompagner.

Le prendre soin, ou « *care* » semble plutôt revendiqué pour le management de proximité, à la fois par l'encadrement et par les membres de l'équipe. On pourrait penser alors que leadership, à ce niveau-là, peut s'approcher du concept de « *servant leadership* ».

2.2.3. Des cadres de proximité auprès de leur équipe

Dans l'hôpital de D, la direction des soins souligne la difficulté à recruter des cadres de santé et/ou à motiver des infirmiers, qui en auraient les compétences, pour les orienter vers cette carrière.

Pourquoi ce métier serait-il moins attractif, plus difficile aujourd'hui qu'hier ?

Cette fonction est reconnue par les partenaires sociaux comme centrale mais insuffisamment valorisée.

« La fonction cadre est vraiment centrale, en particulier les cadres de santé...la position de cadre de proximité n'est pas valorisée, car peu de latitude managériale. Pour exemple, des brancardiers qui pointent sans être au travail, in fine, c'est le cadre qui a eu tort. Le cadre de proximité est au feu, c'est lui qui doit être épaulé » (PS).

Les cadres de santé reçoivent de nombreuses injonctions paradoxales. Dans leur formation déjà où on leur demande de faire le deuil de leur métier précédent de soignant, ou paramédical, pour devenir des managers d'équipe. En même temps, une expertise clinique est recherchée et nécessaire pour qu'ils puissent être garants de la qualité des soins dans leur unité. Dans leur quotidien, ensuite, l'équipe et les médecins souhaitent leur présence et disponibilité, alors que les charges administratives et de reporting ne cessent d'augmenter. Enfin, ils sont convoqués par les différentes directions à de multiples réunions, au nom d'une implication aux projets institutionnels qui concernent la gestion des ressources humaines, la démarche qualité, la gestion des risques, le projet de soins....

Nous retrouvons, ces aspects lourds et paradoxaux, dans l'entretien avec cette directrice des soins qui a été, bien évidemment, cadre de proximité au début de sa carrière et qui dit :

« Actuellement je ne voudrais pas être cadre de santé. Je disais toujours, la fonction que j'ai appréciée c'était cadre de santé. A l'époque, le cadre de santé avait un territoire, c'était son

service, il avait une famille, c'était son équipe; avec l'ancienneté j'avais la maîtrise, j'étais à même de pouvoir gérer les difficultés parce que j'étais dans la proximité...Cadre de santé autrefois, j'étais dans le prendre soin...Aujourd'hui on peut entendre, tu as voulu ce poste là (cadre de santé) tu te débrouilles, ce n'est pas du prendre soin c'est de la violence...Cadre de santé aujourd'hui...cette fonction cadre, qui est si difficile, ce n'est plus celle que j'ai connue...on leur demande tant de choses, je me demande comment elles font, elles sont au front » (DS).

Dans les attentes des soignants, tout comme dans le discours des infirmiers, nous retrouvons des attentes exprimées d'une : plus grande présence du cadre auprès de l'équipe pour les soutenir dans leurs activités au quotidien, les accompagner dans leur parcours professionnel, ainsi que, pour réguler les tensions et les conflits.

« Le cadre est à cheval entre une hiérarchie qui exige des choses qu'elles doivent transmettre aux équipes, il faut faire ça...le cadre ne regarde pas la charge réelle que l'on a auprès du patient. Le cadre doit être humain, connaître les difficultés de chacune pour aborder les personnes, les faire progresser...il faut quand même une certaine autorité pour diriger les équipes » (Inf.).

« En début de carrière, on attend un cadre qui vous accompagne dans les soins, l'organisation...Maintenant j'aurais envie que parfois dans certains conflits, elle tranche davantage. Dans des conflits, difficultés au sein de l'équipe, il nous faut une autorité, il faut qu'elle existe par rapport aux horaires, à l'organisation... »(Inf.).

« Les cadres actuellement sont vraiment coupés de ce pour quoi on a été formé. Je ne l'ai jamais entendu dire : il manque quelqu'un je vais vous aider à faire le tour des soins. On n'est plus du tout auprès des patients quand on est cadre. » (Inf.).

Il doit aussi être un manager qui fait confiance, qui laisse une certaine autonomie et sait donner des signes de reconnaissance.

« Notre cadre actuel est quelqu'un qui fait confiance à son équipe, elle nous responsabilise beaucoup. Quand elle doit imposer un changement, elle sait remercier en donnant en contrepartie, en cherchant à donner ce que l'on peut demander plus tard ; c'est donnant-donnant mais pas du chantage car on peut toujours dire non ; par exemple par rapport aux changements de planning » (Inf.).

L'attitude de survie dans cette profession serait-elle alors d'être indépendant, de mener sa barque sans regarder l'environnement et le cap que l'on serait sensé suivre, comme semble le faire ce cadre de santé ?

« J'aime ce que je fais parce que j'arrive à mener ma barque, je fais ce que je veux, j'ai des contraintes, des demandes institutionnelles, mais j'ai l'impression d'avoir de l'autonomie. Je construis un tableau de bord comme je veux, par exemple pour la prise en charge de la douleur...Il faut uniformiser les outils du cadre, je m'y refuse. Si on casse la créativité, si on les uniformise...mettez des robots. Pouvoir avancer avec l'erreur. J'ai passé plein de cadres supérieurs, j'en suis au 5ème. L'autonomie ça dérange, le CSS laisse peu d'autonomie. » (CS).

Nous retrouvons bien dans ces entretiens, en ce qui concerne le positionnement et les difficultés du cadre de proximité, les arguments et thèses d'autres travaux actuels menés sur le secteur hospitalier à savoir : un management de proximité happé par la régulation, le contrôle (plannings, tableaux de bord, projets...) et par les pièges (ou biais) du management participatif avec un sentiment de perte de temps dans de nombreuses réunions. (Detchessahar, 2011).¹⁸³ A ce propos, une directrice des soins confirmait ce « *temps gaspillé dans des réunions, insuffisamment préparées ou dans des réunions alibis quand les décisions sont déjà prises au niveau de la direction* ».

Au regard de ces différentes expressions tirées de nos entretiens et de résultats des études récentes déjà citées, nous pouvons ici penser que le prendre soin, le « *care* », est réellement à considérer et à instituer à ce niveau de l'échelle hiérarchique. Il est important que les cadres de proximité puissent se sentir pris en considération, qu'ils aient le sentiment qu'il y a un souci réel de ce qu'ils sont, afin qu'ils puissent durer dans la profession et que celle-ci reste attractive pour en assurer le renouvellement. D'autre part, un soutien et un accompagnement dans ce qu'ils font et ce qu'ils vivent, favoriseront leur potentiel à être à leur tour dans le « *care* » vis-à-vis de leur équipe. On peut imaginer alors que le modèle de leadership qui pourrait ici se développer, peut se rapprocher du « *servant leadership* ».

¹⁸³ M. Detchessahar, Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... *Revue française de gestion* 2011/5 (n° 214)

2.3. Une éthique managériale non consensuelle, reposant sur les valeurs professionnelles et humanistes personnelles

2.3.1. L'éthique managériale en regard des valeurs personnelles

Dans les deux hôpitaux, support de notre étude, il n'y a pas eu, par la direction, à ce jour, de démarche pour élaborer un projet managérial.

En dehors, de quelques expériences innovantes, les valeurs et l'agir éthique managérial restent plutôt une réflexion et un positionnement très personnels. Du moins, c'est ce que nous ressentons au travers des entretiens réalisés dans les deux établissements où nous sommes allés pour notre étude. Cependant, dans un des hôpitaux, la direction des soins nous a indiqué qu'il y a une réaffirmation de la volonté d'être dans le prendre soin, le « care » des équipes, dans le projet de soins en cours.

« Dans le projet de soins on retrouve le respect, la responsabilité, l'ouverture à l'autre. Le concept de care est inclus dans le projet de soins ; le travail du cadre c'est de prendre soin de l'équipe, mais c'est une particularité de la culture soignante, pas de la culture logistique et administrative » (DS).

Le médecin président de la CME, quant à lui, exprimait le fait que les valeurs humanistes semblaient tellement évidentes quand on œuvre à l'hôpital, qu'on ne pense pas forcément qu'il faille les expliciter, ni affirmer une éthique pour y travailler.

« En fait nous avons fait entrer l'éthique à l'hôpital pour nous aider à prendre des décisions médicales dans des situations cliniques très particulières, mais quant à nous interroger sur l'éthique managériale à l'hôpital...c'est comme si cela était de fait; quand on travaille à l'hôpital, nos comportements sont guidés par des valeurs humanistes, et on ne réinterroge pas s'il en est vraiment ainsi. » (Médecin PCME).

En contre point, ce médecin praticien déplore, quant à lui, ce qu'il juge être une déshumanisation de l'hôpital : *« On parlait il y a vingt-cinq ans de l'humanisation des hôpitaux et aujourd'hui personne ne dénonce la déshumanisation. » (Médecin praticien).*

2.3.2. Huit valeurs plus souvent mises en avant

Huit valeurs humaines différentes ont été formulées dans nos entretiens comme valeurs devant être présentes dans le management à l'hôpital ou étant considérée comme valeurs mobilisées par l'encadrement : la reconnaissance, le respect, le prendre soin, la loyauté, l'équité, la transparence, la confiance et la transparence.

Un recueil complémentaire pourrait être fait, par exemple par questionnaire, pour caractériser et hiérarchiser ces valeurs.

A partir des entretiens réalisés, nous pouvons tout au plus, dire que les directeurs généraux mettent surtout en avant la notion de service public. Comme nous le reverrons un peu plus loin, ils se disent particulièrement attachés à promouvoir le respect: « *Si on respecte les hommes et les institutions, on sera aussi respecté* ».

En contrepartie, ils attendent de la loyauté de la part de leurs collaborateurs et des directions fonctionnelles : « *La direction des soins est une direction très importante, il est important pour moi qu'elle soit loyale par rapport aux décisions* » (DG).

Nous conservons donc, pour résultat, le fait que « *le souci de l'autre* » et « *le prendre soin* » sont plus spécifiquement présents dans les valeurs des directions des soins, des cadres supérieurs de santé et des cadres de proximité. Ce souci de l'autre passe par une écoute qui est qualifiée d'écoute « active ».

2.4. Des visions et positionnement différents quant au modèle managérial

Nous avons, dans un premier temps, cherché à analyser, à travers l'ensemble des entretiens les conceptions relatives au management actuel, ainsi que, des leviers possibles à son évolution, en nous intéressant tout particulièrement à l'éthique managériale et au leadership. La fonction assurée par les interlocuteurs n'a pas été, pour nous ici, une variable prise en considération. Nous allons dans ce deuxième temps tenter, à travers les verbatim, d'identifier les valeurs en tant que communauté de valeurs et spécificité potentielle du

métier exercé au sein de l'hôpital. Nous postulons que la vision de la mission de l'hôpital est propre à la personne, en regard de sa fonction et de son rôle et que chaque métier est porteur de valeurs spécifiques. Nous retournons étudier nos entretiens avec ce postulat, pour rechercher les conceptions relatives au management et à l'éthique de directeurs généraux, de directeurs des soins, de médecins et de paramédicaux.

2.4.1. Un directeur d'établissement porteur de sens

2.4.1.1. Il donne le cap à suivre

Pour les directeurs, ce qui apparaît dans les entretiens, c'est un questionnement fort autour de l'autorité et de ce qui fait la légitimité du directeur en particulier face au pouvoir médical. Ils ont conscience d'une évolution de l'hôpital et de son management et par conséquent de la nécessité de compétences nouvelles voire d'un leadership fort. Ce leadership il le décrit à travers des attributs particuliers du manager. Pour le directeur il est essentiel d'être en capacité d'élaborer une vision stratégique. Cette élaboration doit bien articuler les attentes et les exigences de l'ARS avec le contexte interne. Ainsi, complexité et incertitude sont souvent exprimées. Ils soulignent la position délicate qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de la loi et des réglementations. Ils considèrent faire, parfois, des choix et des actions « *hors la loi* ». Toutefois, dans ces entretiens, persiste un attachement fort à la mission de service public, tout comme nous l'avons retrouvé dans les publications ou articles d'Hospimédia.

Nous retrouvons ainsi à travers les verbatim, cette nécessaire compétence à construire une vision stratégique dans un contexte d'incertitudes mais aussi dans une histoire, une culture particulière. Il s'agit d'abord de comprendre et d'intégrer les fortes évolutions qui ont concerné et concernent l'hôpital et sa gestion.

« D'une façon générale un directeur ne gère pas comme il y a 30 ans. Les modèles du XXe siècle, avec une organisation centralisée, autoritaires et peu participatifs fonctionnent de moins en moins. » (DG de D) « ...l'institution est très complexe. On ne parle pas de l'hôpital d'il y a trente ans. Nos établissements sont devenus complexes par nature. On est dans un cadre de complexité du fait de l'hyperspécialisation » (DG de B).

Mais aujourd'hui, la loi HPST et les injonctions des ARS font que les frontières réelles de l'hôpital deviennent plus floues, son organisation interne plus complexe. Il doit évoluer, d'une tendance culturelle (historique) à un « *hospitalocentrisme* », vers une vision de « *sous-système* » dans un système de santé plus vaste et régional.

« L'hôpital est dans les murs mais aussi à l'extérieur, donc le directeur doit être dans les murs avec une vision stratégique sur un territoire et donc anticiper. Il doit capter ce qui se passe à l'extérieur, anticipé dans un monde d'incertitudes, comprendre ce qui se passe pour décliner la stratégie, faire partager la vision. » (DG de D). « L'hôpital dans sa perméabilité avec l'extérieur est devenu un élément dans un réseau complexe, avec d'autres hôpitaux, des médecins libéraux » (DG de P).

Pourtant dans ce contexte incertain et aléatoire, le directeur général doit être en capacité de construire une vision, de définir un cap à suivre puis de les transmettre pour qu'ils soient fédérateurs et amènent les collaborateurs à s'impliquer dans des projets stratégiques et économiques. Il s'agit aussi de prendre en compte et de respecter certains processus et instances incontournables.

« Pour partager la vision il faut soi-même avoir les idées bien en place ; soi-même avoir une analyse, alors que le système est de plus en plus complexe, de moins en moins géré, car les systèmes publics gèrent au jour le jour... Un collègue disait, moi j'attends que l'ARS me dise. Il ne faut pas attendre de l'extérieur il faut être en capacité de percevoir ce qui va se passer et avoir des stratégies et des propositions » (DG de D). « D'être ensuite en capacité de construire une vision suffisamment claire pour pouvoir la transmettre et fédérer autour de cette vision... On est certain que les messages sont passés quand on a le sentiment que la stratégie est partagée, n'est pas remise en question » (DG de D). « il est indispensable de donner du sens à l'action, aux actions indispensables à l'hôpital ; il n'est pas scandaleux d'être dans une efficience, les meilleurs soins au meilleur coût et pas l'inverse » (DGP). « J'applique un peu ce que disent les textes mais surtout, je regarde ce qui a du sens à B. aujourd'hui. Comment peut-on dire à la fois vous êtes les patrons et nous dire dans le détail comment faire ! » (DG de B) « On ne peut avancer à l'hôpital que par le consensus, le consensus ne favorise pas les choix sensibles... » (DG de D).

Dans le processus, la direction des soins et l'encadrement infirmiers sont importants.

« Au lieu d'aller très vite, il faut tenir compte des instances et du passage dans les instances...L'encadrement intermédiaire est important, il faut un très bon encadrement et des cadres globalement bien positionnés. La direction des soins est une direction très importante, il est important qu'elle soit loyale par rapport aux décisions. » (DG deD). « Les cadres de santé et les cadres coordonnateurs, ce sont toujours eux qui ont accompagné les changements ; ce qui facilite ici, c'est que les médecins sont dedans, c'est mieux si les médecins portent les projets » (DG de B).

2.4.1.2. Plus que gestionnaire il doit être manager et/ou leader

Mais les projets, pour la plupart, ne peuvent passer qu'avec l'adhésion, et l'implication des médecins. Nous voyons dans les propos exprimés, que le positionnement des directeurs n'est pas évident face au corps médical. Le rapport de force, entre direction et médecins, le pouvoir médical fort (déjà précédemment décrit dans la première partie de cette étude) sont ici retrouvés. Assurer sa fonction de directeur nécessite d'affirmer son autorité et sa légitimité face au pouvoir médical.

« L'autorité ne se déclare pas, elle se conquiert par une reconnaissance...la fonction de directeur n'est pas une fonction considérée comme légitime à l'hôpital...Dans un contexte difficile et qui va le devenir de plus en plus sur le plan budgétaire il faut un pouvoir fort...« Il n'y a pas de légitimité managériale... les médecins n'ont pas envie d'avoir un manager. Ils ne se vivent pas comme une partie de l'ensemble » (DG de D). « ...Des professeurs qui ne peuvent pas entendre qu'on vienne leur dire ce qu'ils doivent faire, ne peuvent admettre que d'autres viennent leur dire comment progresser » (DG de B).

Ainsi, au-delà des compétences managériales, être directeur d'hôpital nécessite des qualités personnelles de leader mais aussi un travail sur soi, de développement personnel et une forte éthique pour ne pas dériver vers l'autoritarisme, ou être impacté par les « émanations » délétères de l'environnement interne et externe. Nous ne retrouvons pas ici, si ces directeurs considèrent qu'ils peuvent faire ce travail par eux-mêmes, isolément. Ou, s'ils considèrent possible, voire nécessaire, d'être accompagnés, dans le cadre de la prise d'un poste nouveau, ou dans des situations particulièrement difficiles, par un coach externe.

« On demandait des bons gestionnaires, aujourd'hui on demande du management » (DG de B). « Le manager doit être exemplaire, quand il tient un discours, il faut qu'il soit cohérent avec son discours... La force du message renvoie beaucoup au comportement de l'individu. Si le directeur s'engage et que dès la première situation il ne respecte pas ses engagements...Il faut que la parole puisse être entendue, qu'il y ait cohérence dans le discours » (DG de D). « Un directeur a plus de chances d'être entendu dans ce qu'il dit s'il a des valeurs » (DG de D).

2.4.1.3. Son éthique l'aide à dépasser les injonctions paradoxales

Par contre, nous retrouvons que manager l'hôpital, face à des prescriptions ou injonctions inadaptées ou culturellement impossibles à importer, amène les directeurs à faire, parfois, des choix hors la loi.

«Les textes sont faits pour faire avancer ceux qui n'avancent pas mais ne doivent pas contraindre ceux qui avancent. Ceux qui ont avancé avec du sens, on ne va pas les mettre dans un moule prédéfini. Un consultant m'a dit que j'étais hors la loi. Qu'est ce qui est mieux : que je mette les trois services médico techniques dans un pôle alors qu'ils ne le veulent pas au risque de les démotiver, ou que je laisse ainsi en les faisant participer en respectant les contraintes quand même ! » (DGB).

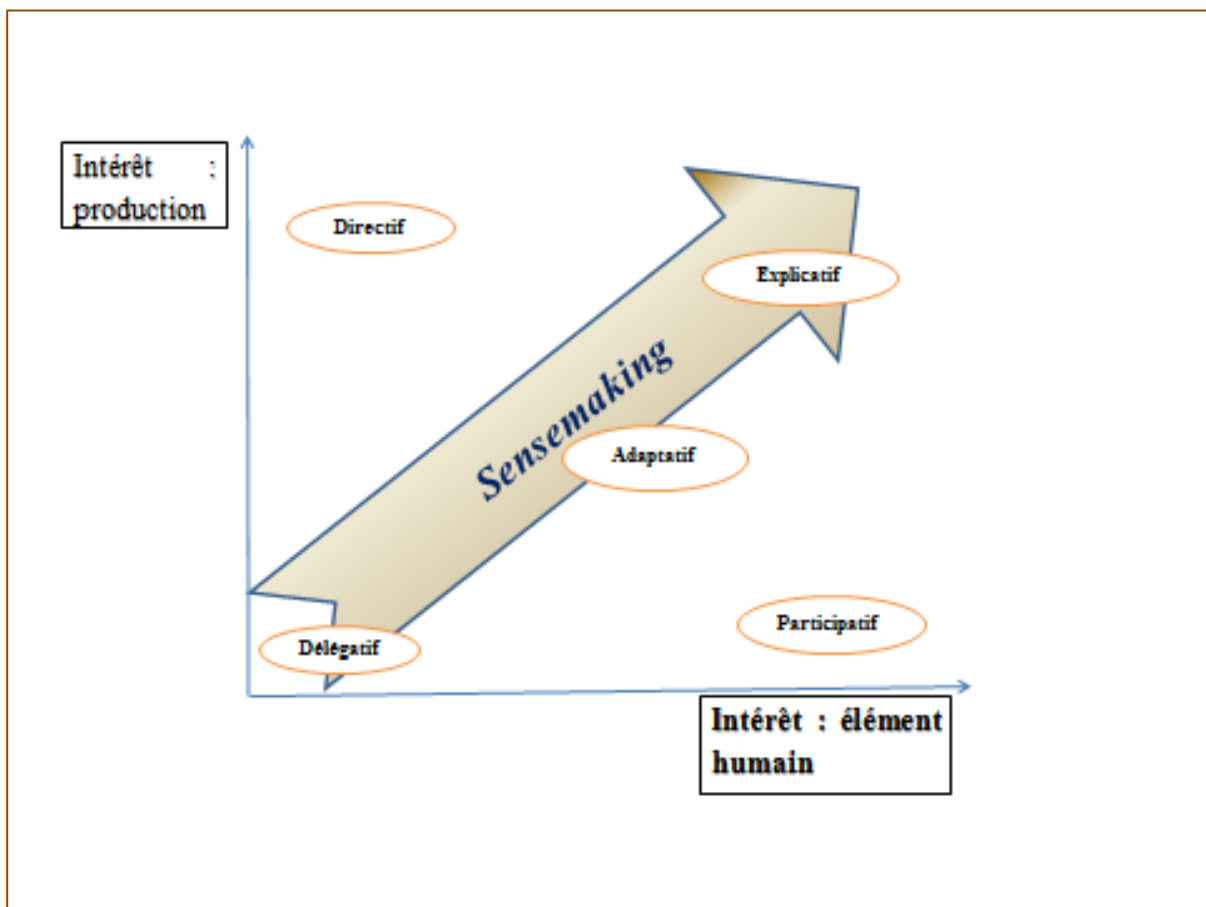
Pour autant, le choix d'assurer des fonctions de directeur, à l'hôpital, est en lien avec une vraie vocation à être dans un service public ou au service de. Mais aussi, de participer à l'évolution de ce service public, de lui permettre de s'adapter pour qu'il puisse perdurer.

« Pour moi, ce n'est pas le même métier être directeur de clinique, moi je suis dans le service public. On ne peut pas rester dans du commercial et avoir des activités qu'on ne trouve plus dans le service public...C'est un univers entrepreneurial qui ferait perdre les valeurs, je crois à l'inverse au maintien des valeurs de système hospitalier qui passe par l'amélioration, l'optimisation de l'organisation à l'hôpital, la modernisation de l'hôpital indispensable pour maintenir les valeurs...Un service public qui ne s'adapte pas est menacé

» (DGP). « *L'évolution, comment l'hôpital public peut défendre sa mission d'hôpital public. Directeur de clinique et directeur d'hôpital ce n'est pas le même métier* » (DGB).

On peut dire que pour la direction générale développer un modèle de leadership du « sensemaking » c'est aujourd'hui être capable de « surfer » dans un environnement instable et plein d'incertitudes à la recherche d'une « reliance » et une synergie entre gestion économique et gestion humaniste. En reprenant le graphique inspiré des travaux de Blake et Mouton le « sensemaking » se situe alors sur une axe central entre intérêt pour la production et intérêt pour l'élément humain.

Schéma n° 7 : Le sensemaking intégré au modèle de leadership de Blake et Mouton



2.4.2. Le directeur de soins et un encadrement infirmier garants du « care »

Le « bon manager » est celui qui sait écouter. Nous retrouvons cette qualité très explicitée par les directions de soins. Cette capacité d'écoute de l'autre serait fondamentale pour faire naître, chez l'autre le sentiment d'être respecté, d'être reconnu. Les directeurs de soins et l'encadrement infirmiers considèrent leur valeur ajoutée au système hospitalier à travers le soutien apporté aux équipes soignantes. Pour eux, ce soutien est nécessaire pour que les soignants restent en capacité d'être dans la bienveillance des personnes malades et/ou handicapées.

« Le prendre soin cela commence par l'écoute ; quand on écoute au poste où je suis, cela peut permettre de faire changer ma stratégie dans ma prise de décision...On a une culture bien à nous qui intègre le prendre soin dans notre vie de tous les jours...je me bats bec et ongle pour défendre les soignants au quotidien » (DS). Ce qui me revient souvent c'est ma capacité d'écoute et ma capacité d'accepter la différence» (DS). « Le respect de l'autre et l'écoute dans le sens d'écoute active créent les conditions de l'expérience véritable qu'elle soit en phase ou non » (CSS).

La nécessité d'être sur le terrain et de rester disponible est aussi fortement soulignée par l'encadrement soignant.

« En tant que cadre de santé, l'écoute, c'est être présent, attentif auprès des équipes, écouter leurs demandes. Disponibilité tout en ayant en tête qu'on est le manager, on donne un sens » (CS).

Les agents quant à eux réclament disponibilité et écoute, sans toujours avoir le sentiment de l'obtenir même quand cela semble une valeur affichée voire mise en avant par l'encadrement.

« Pour un management de qualité le dialogue est essentiel, l'écoute. Les agents ont la sensation de ne pas être écoutés par les cadres » (PS).

2.4.3. Des médecins concepteurs et porteurs de projets pour une prise en charge des besoins en santé

Sur un des établissements, la direction générale dit qu'elle a trouvé dans cet établissement un climat global apaisé, un lieu où on ne travaille pas dans le stress et la tension. Tout en soulignant qu'elle n'a pas toutes les clés de compréhension par rapport à cet état constaté, elle y voit un rôle important des médecins. Avec la direction précédente, une véritable alliance et synergie ont pu se construire, à l'occasion du projet de déménagement de l'hôpital pour intégrer une structure nouvelle.

« Les médecins disent : avec la direction nous avons construit un beau projet... Dans cet établissement il y a une aptitude au changement, une appétence des gens pour s'engager, dans des changements sans demander des moyens ... le changement n'est pas vécu comme déstabilisant mais comme motivant » (DG de B).

Ce médecin interviewé souligne l'importance qu'a pour lui la possibilité d'être concepteur de projet. Un médecin choisit d'aller travailler à l'hôpital, car c'est la structure qui lui permettra d'être promoteur de projets sanitaires, et qui lui donnera les moyens pour mettre en œuvre ces projets. Or, ils peuvent avoir le sentiment de ne plus être porteurs de projets : *« Avant quand je faisais un projet de service, même si c'était des petites choses, tout aboutissait »* (médecin chef de service)

Cependant pouvoir concevoir des projets en lien avec les besoins, perçus au sein de la population, semble de moins en moins possible : *« les directeurs n'ont plus qu'un souci, plaire à l'ARS et plus une offre de soin à défendre sur un territoire... Dans le projet de service je fais un projet hôpital de jour avec redéploiement des ressources humaines, cette logique là on pourrait penser que la loi porte ce projet, eh non, elle le tue ... je n'ai pas d'interlocuteur. Je trouve stérilisant le système actuel... Aujourd'hui trop de contrôle et pas assez de créativité »* (médecin chef de service).

2.5. Vers la richesse d'une complémentarité des valeurs

Ceci nous amène à penser qu'espérer une communauté de valeurs de l'ensemble des professionnels de l'hôpital est utopique, ou tout au moins très difficile aujourd'hui. Par contre, pourquoi ne pas « jouer » sur les différences, les envisager comme complémentaires et par là même, potentiellement génératrices d'une richesse nouvelle ? Cette recherche de complémentarité passe alors par l'explicitation des valeurs des groupes professionnels en présence. Cette explicitation peut participer à une meilleure reconnaissance mutuelle, non pas dans une perspective d'opposition, mais d'enrichissement individuel et collectif. Que le directeur soit fortement attaché à la mission service public et l'infirmière au « bien accueillir » de chaque patient et de ses proches, sont des regards, portant sur des niveaux différents mais allant bien dans la même direction.

Or, quand on fait tant référence à l'importance pour un dirigeant, pour un leader, de transmettre une vision, de donner le sens, il va le faire à travers son propre prisme des valeurs des axes stratégiques définis. Cela ne rejoindra pas forcément celui des médecins ou des paramédicaux. Une dimension importante du leadership est bien alors la capacité à donner une vision et un sens dans une attitude « empathique », c'est-à-dire être en capacité de se mettre à la place de l'autre et d'identifier ce qui peut être engageant, motivant dans cet axe stratégique pour le médecin, pour l'infirmière, pour l'aide-soignant... Une dimension mise en avant du leadership aujourd'hui est bien sa capacité relationnelle, ainsi le leadership serait : « avant tout une relation privilégiée entre une personne et un groupe ».

Cette relation privilégiée se base sur la confiance, la proximité, la responsabilisation, la reconnaissance du travail et l'envie d'agir ensemble (Vergne & Fiori, 2011)¹⁸⁴. Le directeur général, en dehors des petites structures hospitalières, ne peut être dans la proximité avec chacun des professionnels. Les directeurs sont de manière générale dans un projet de carrière personnelle qui les amène à changer d'établissement. Ils restent, parfois, très peu d'années dans un même établissement.

Au regard de ces différents éléments, dans une organisation aussi complexe que l'hôpital est-ce réaliste de penser à un leadership unique. Ne peut-on imaginer qu'il puisse être une organisation propice au développement d'un leadership partagé ?

¹⁸⁴ Vergne, J.L. et Fiori, M., (2011) , *Rebâtir la confiance, in Tous leaders*, Eyrolles, Editions Organisation, Paris, p.185-189.

Si tel est le cas, on peut penser y retrouver plusieurs leaders, chacun reconnu par « *sa communauté* ». Le Directeur général assure son leadership auprès de l'équipe des directions fonctionnelles, de la direction des soins et du président de CME ; le président de la CME assure son leadership au sein de la communauté médicale, dont les chefs de pôle. La Direction des soins devient leader pour l'ensemble des professionnels paramédicaux, de rééducation, et des agents médicotechniques. Le cadre de proximité pourrait dans cette perspective avoir ou retrouver un rôle privilégié d'animation et de soutien de l'équipe. Etant « désempêché » d'un certain nombre d'activités de reporting ou de présences à des réunions diverses et chronophages, il pourra être dans le prendre soin, le « *care* » de son équipe.

Conclusion du chapitre 6

Cette étude, sous la forme d'entretiens menés sur deux hôpitaux et complétés par des entretiens confirmatoires, nous montre ou vient confirmer ce que la littérature et le suivi sur Hospimédia nous avaient fait repérer. A savoir, un hôpital qui se présente comme un système difficile à gérer. Certes, du fait d'un environnement externe mouvant, avec un rythme de réformes qu'il a du mal à suivre et à mettre en œuvre, mais également à cause de caractéristiques internes. Il reste une organisation fortement cloisonnée et avec trop de strates hiérarchiques. Les trois « mondes » qui s'y côtoient restent mobilisés par un système de valeurs propre, et pas forcément avec un désir d'ouverture ou de compréhension mutuelle. Le pouvoir médical reste fort alors que les tutelles souhaiteraient que le leadership soit pris par le directeur mais avec un directoire majoritairement médical. Une gouvernance qui se cherche donc, dans un environnement complexe et un avenir plein d'incertitudes. Mais, malgré tout un attachement, presque affectif, au service public.

Des leviers apparaissent néanmoins à travers les propos des personnes interviewées. Il semble possible de transformer les rapports de force en synergie en développant un leadership partagé dans une dynamique interactive d'influence entre les groupes professionnels. Chacun des groupes à partir de sa vision et de son propre système de valeur peut alors contribuer à la réalisation des plans d'actions des axes stratégiques de l'établissement.

Pourquoi vouloir créer des médecins à mi-temps gestionnaires, alors que leurs compétences sont indispensables en clinique pour répondre quantitativement et qualitativement aux besoins de santé de la population ? Certes, il était nécessaire qu'ils prennent conscience des enjeux économiques et d'efficacité pour faire, du service public hospitalier français, un service public durable. Aujourd'hui, cette prise de conscience est faite. Il est important que les médecins hospitaliers puissent se recentrer sur un leadership clinique, qui leur permette de concevoir et mener les projets nécessaires, à un maintien, voire un développement de la qualité et de l'adaptation des soins aux besoins et à l'évolution des moyens médicotecniques et thérapeutiques.

Un autre levier est bien la question de l'éthique managériale. Après une volonté de rationalisation des process, d'élaboration de protocoles et de référentiels que ce soit pour des

motifs économiques, de qualité ou de gestion des ressources humaines, il est important de se recentrer sur l'humain et les relations humaines. La vie ne se « protocolise » pas, les relations humaines, non plus. Aussi, chacun, quel que soit son métier et sa fonction, est là avec ses compétences et ses émotions, ses sentiments et ses valeurs. La gouvernance de l'hôpital doit considérer les hommes et les femmes comme « *sujets* » et non comme simples objets/acteurs: « *ce qui est méconnu dans les approches managériales, c'est que le sujet n'est pas seulement un acteur positif dans une optique de production. Le sujet est un sujet de désir, confronté à des manques, pris dans des conflits internes, défendant son intégrité, c'est-à-dire un sujet vivant et psychologiquement pris dans un ensemble intersubjectif et non réductible à un objet de management, si participatif soit-il* » (Simon, 2012).¹⁸⁵

C'est à ce niveau que le « *care* » prend sa place dans l'attitude du manager et dans les pratiques managériales en intégrant la dimension de « *care about* ». La considération du professionnel (de l'agent) comme sujet à part entière (non réduit à ses compétences) place « *l'éthique du care* » au côté des stratégies mises en œuvre dans l'intérêt supérieur de l'institution pour assurer sa mission, avec aujourd'hui l'injonction de l'assurer de manière efficiente dans une situation économique fortement contrainte.

Développer une culture éthique managériale, peut se faire par une approche de type « déontologique » avec l'élaboration dans le cadre d'un dialogue social, d'une charte éthique, qui décline quelques principes forts et partagés, de comportements ou pratiques attendus de chacun, qu'il soit simple agent, médecin ou dirigeant.

L'hôpital revendique le fait d'être une organisation qui de par sa mission ne peut être gérée et managée comme une entreprise. L'éthique du care dans le management c'est considérer que la sollicitude, l'attention à l'autre, ne se déclinera au cœur même de la relation de soins que si les soignants médecins et paramédicaux se sentent eux aussi respectés, s'ils ressentent du « *care about* » envers eux-mêmes. Ainsi, « *l'éthique du care* » peut vraiment singulariser le management hospitalier en le mettant en congruence avec sa vocation.

Nous retrouvons que le « *care* » est fortement revendiqué par les cadres de santé et les directions des soins, dans leur management de leurs équipes respectives. Si cela est peu étonnant, puisqu'il est une valeur forte du soin, une dynamique est à créer pour que cette « *éthique du care* » soit plus largement diffusée.

¹⁸⁵ Simon, B., (2012) le management face aux crises : la représentation d'un sujet défaillant, in « *le management 'hors sujet'* », Nouvelle Revue de psychologie, Eres, Paris, p.181-193

Chapitre 7 : LA PLACE DU « CARE »,
DANS LES TRANSFORMATIONS DU
PILOTAGE A L'HOPITAL ET LES
PISTES DE RECHERCHES

Introduction du Chapitre 7

A partir des résultats de l'analyse et de la confrontation des différentes données recueillies nous présentons, dans ce chapitre, l'enjeu d'une dynamique « *éthique du care* », pour la gouvernance à l'hôpital et sa mise en pratique concrète par les managers.

Nous proposons « *the care* » comme un mode de prévention possible des risques délétères d'un Nouveau Management Public focalisé sur la performance et l'économique.

Nous décrivons une « *éthique du care* » managériale qui s'inscrit dans une cohérence et congruence de l'attitude humaine attendue dans la relation des soins. Nous encourageons un processus « *bottom-up* », partant des cadres de proximité vers la direction générale.

En effet, nous retrouvons que « *The care* » est une valeur identitaire des cadres de santé. Or, ces mêmes cadres, aujourd'hui, sont perçus comme étant en première ligne et en situations sensibles. Ils peuvent se faire les porte-paroles de cette attention à l'autre toute particulière du « *care* » pour contaminer les pratiques managériales et marquer de manière significative la gouvernance comportementale à l'hôpital.

Nous proposons quatre niveaux de manifestations du care dans le management : le niveau de la personne, le niveau professionnel/individuel, le niveau de l'équipe et le niveau de l'engagement dans l'institution et ses projets.

1. Notre plaidoyer pour une « éthique du *care* » pour accompagner des changements

1.1. Une éthique du *care* garde-fou d'un Nouveau Management Public déshumanisant

Nous avons, tout au long de ce travail mis en avant, à travers la littérature, les médias et les entretiens, les changements et transformations que vit ou secrète le système hospitalier. Pour survivre l'hôpital a à intégrer une vision de recherche d'efficacité et donc un outillage économique et financier. Toutefois, cette orientation ne doit pas se focaliser et risquer de faire perdre le sens premier de sa vocation, à savoir, accueillir sans discrimination et assurer des soins de qualité, 24 heures sur 24.

De nombreux professionnels, médecins, directeurs, soignants et usagers, alertent sur les risques et dangers encourus par l'adoption d'un Nouveau Management Public. Les méthodes du monde industriel ne sont pas adaptées à la spécificité de l'hôpital qui œuvre sur l'humain et le plus souvent sur des hommes et des femmes en état de vulnérabilité et de précarité.

Nos travaux nous amènent à penser l'éthique, comme un garde-fou possible, face à certains risques reliés à un Nouveau Management Public trop centré sur les aspects économiques, financiers et sur la performance. Nous considérons, aussi, que le « *care* » peut prendre un rôle important dans le développement d'une éthique managériale à l'hôpital.

Le «*care*» implique une posture éthique de bienveillance et bienveillance. Cette attitude est certainement nécessaire aujourd'hui, pour instaurer ou promouvoir la confiance tout au long de la chaîne des relations, de la relation avec l'utilisateur, en passant par les relations entre pairs et les relations fonctionnelles, jusqu'aux relations hiérarchiques.

D'autre part, développer une attitude de sollicitude et de prendre soin est un puissant moyen de promouvoir de la qualité de vie au travail, du bien vivre au travail, et donc, de prévenir les risques psychosociaux, les risques professionnels et par là même diminuer l'absentéisme et en conséquence être collectivement plus efficace et performant.

Enfin, « *le care* » implique d'aller vers l'autre; il est alors une clé de motivation vers plus d'échanges. Il participe à créer des liens interpersonnels, première étape vers plus de coopération entre pairs et autres professionnels. En rapprochant les compétences complémentaires (pluri professionnelles), tout au long du parcours de soins, il diminue les dysfonctionnements. Beaucoup de dysfonctionnements sont justement repérés aux interfaces professionnelles. En effet, des travaux menés, sur le travail à l'hôpital, montrent l'importance d'une attention particulière à porter aux articulations et ajustements mutuels entre personnes et entre équipes.

« La plupart des dysfonctionnements repérés dans cette recherche sont apparus précisément dans les zones d'interdépendance entre activités, entre équipes, entre catégories professionnelles, notamment entre médecins et infirmières, aux interfaces avec les malades, là où l'ajustement est problématique...ce travail "supplémentaire" est souvent invisible et en tout cas largement sous-estimé par rapport aux activités directement productrices qu'il conditionne pourtant » (Grosjean, Lacoste, 1999).¹⁸⁶

Une attitude particulièrement attentive, portée aux agents dans le cadre de leur activité quotidienne, une écoute attentive du manager participant à donner plus de visibilité à ce travail « caché » et par là même vient répondre au besoin de reconnaissance des professionnels.

Toutefois, un management qui valorise « *le care* », l'attention à l'autre, le prendre soin, peut très facilement être étiqueté de management « affectif ». Il nous semble important que l'intégration d'une « *éthique du care* », dans les pratiques managériales, soit réellement pensée en regard des différentes fonctions du management : C'est quoi mettre du « care » lorsqu'on a à prévoir, à organiser, à décider, à motiver et à évaluer ? Cette réflexion devient un élément incontournable de la conception du projet managérial pour un management qui intègre « *le care* », sans pour autant faire perdre le cap des axes stratégiques à atteindre.

¹⁸⁶ Grosjean, M., Lacoste, M., (1999), *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, PUF, Paris, p. 165

1.2. Une éthique du care managériale à l'hôpital pour accompagner les transformations

1.2.1. S'adapter aux nouveaux malades.

Le « *care* », valeur au service de la qualité de la relation de soin, est transférable à l'ensemble des relations au sein de l'hôpital y compris dans les relations managériales. Volontairement nous partons de l'usager et de ses besoins pour plaider la place et le rôle de l'« *éthique du care* » dans le pilotage des humains (qui ne peuvent être réduits à des ressources) qui œuvrent à l'hôpital.

Deux changements majeurs sont repérés, ces dernières décennies, quant au profil de la personne malade qui vient et ou passe à l'hôpital. Il s'agit, d'une part d'une personne de plus en plus âgée, qui, d'autre part, présente une poly-pathologie ou une pathologie chronique. Une cinquantaine d'années de développement fort, médico technique et pharmaceutique, a permis la transformation d'un nombre important de maladies aiguës en pathologies stabilisées et chroniques. Un nouveau modèle de prise en charge se construit pour s'adapter, multipliant les acteurs professionnels autour de la personne dans le cadre d'un travail en réseau. Cette situation rend nécessaire la transformation d'un hospitalocentrisme historique, en un hôpital plus ouvert vers d'autres structures (en particulier médicosociales) et vers les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. La nécessaire coopération de professionnels multiples autour du « parcours patient », se cherche encore, avec de nouvelles compétences à prévoir, telles que les coordonnateurs de soins ou de parcours patients.

L'enjeu majeur de la stabilisation d'une maladie chronique, pour celui qui en est porteur, est l'obtention d'une qualité de vie optimale. Cela n'est possible, que si la personne comprend, accepte les impacts de la maladie et ses contraintes, ainsi que les effets secondaires des traitements qui lui permettent de continuer à vivre, en utilisant au mieux ses potentiels. L'éducation thérapeutique est alors incontournable pour aider la personne à comprendre les mécanismes biologiques et physiologiques de sa maladie, gérer ses traitements et s'astreindre à une hygiène de vie adaptée, en gardant le sentiment de conditions de vie acceptables pour elle et en lui permettant de considérer que la vie vaut quand même la peine d'être vécue. L'éducation thérapeutique n'est pas la simple « information du malade » qui

pouvait sembler suffisante il y a quelques années. Des études ont suffisamment montré, que la compliance et l'empowerment, autrement dit la manière dont la personne devient acteur et gestionnaire éclairé de sa maladie chronique, améliorent sa qualité de vie et son pronostic. Faire de l'éducation thérapeutique nécessite des compétences spécifiques, que de nombreux et nouveaux programmes de formations contribuent à développer chez tous les professionnels les plus concernés. Mais au-delà des compétences dans leurs différentes dimensions cognitives, opératives, psycho relationnelles, sociales...la posture, la manière d'être du soignant influenceront fortement la relation instaurée. Nous retrouvons ici la place essentielle « du care » tel que les chercheurs et théoriciens des soins l'ont décrit (Collière, 1996; Hesbeen, 1997)¹⁸⁷.

« En effet, en tant que souci de l'autre ou attention particulière portée à cet autre, le soin procède d'une intention résolument ancrée dans la considération que l'on a pour l'humanité de cet autre à qui l'on prodigue des soins. Une considération profondément animée du souci que l'on a d'accueillir et de prendre en compte sa singularité et qui se traduit par la capacité que l'on a de se sentir concerné par sa situation, de se montrer sensible à sa situation »¹⁸⁸

Ce « care », c'est l'activité de soin même qui cherche à répondre au besoin identifié, par des moyens efficaces et adaptés ; au-delà de l'attention (*caring about*), de la responsabilité (*taking care of*), c'est aussi la compétence (*care giving*). Alors que les deux premières dimensions sont plutôt de l'ordre de l'attitude, il y a ici une action spécifique réalisée en lien avec l'attention et la responsabilité soignante.

¹⁸⁷ Collière, M.F., (1996), *Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Éditions Masson. Collection InterÉditions, Paris.

Hesbeen, W., (1997), *Prendre soins à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterÉditions, Éditions Masson, Paris.

¹⁸⁸ Hesbeen, W., (2011), *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien du soin*, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux.

1.2.2. S'appuyer sur les cadres de santé pour lesquels le *care* est valeur identitaire

Alors, comment passer du « *care* » de la relation de soins à une « *éthique du care* » dans le management ? Tout d'abord il est important que les cadres de santé, chez qui « *le care* » est une valeur de fait et pourrions-nous dire, une dimension identitaire, soient en capacité, non seulement de continuer à le faire vivre, mais aussi de le valoriser.

Le « *care* » est et doit rester très présent dans les soins et au cœur des principes soignants en particulier infirmiers. Nous le retrouvons aussi, très fortement ancré dans le modèle managérial des cadres de santé et des directeurs de soins. Ainsi, ce cadre intermédiaire qui d'emblée présente sa première mission de cadre de pôle comme « *prendre soin de son équipe de cadres, être à l'écoute, être disponible autant que possible...je ne peux pas maintenant, mais j'entends et on va reprendre* ». Ce même cadre intermédiaire dit aussi « *j'ai le sentiment que le directeur des soins est aussi dans cette posture, il me dit, protégez-vous...mais S. vous êtes là tous les jours, mais vous qui prend soin de vous ?...* »

Nous voyons que pour certains soignants devenus cadres ou directeurs, cette sollicitude, cette attention toute particulière à l'autre est restée forte. Elle se manifeste par une attitude et des comportements très particuliers de proximité quotidienne avec les équipes (« *je tiens à être proche du terrain* »), d'aller vers, de disponibilité et d'écoute, d'attention personnelle (« *prendre des nouvelles à l'issue d'un arrêt maladie* »), voire d'être en capacité d'entendre des difficultés personnelles qui peuvent impacter sur la vie professionnelle

Il s'agit ici, plutôt d'une attitude personnelle que nous pourrions simplement envisager comme humaine, ou empreinte d'humanité. Mais, le prendre soin en tant que manager concerne des aspects d'accompagnement professionnalisant vis-à-vis des agents. Ainsi, être capable d'aider à progresser, aider à surmonter des difficultés rencontrées dans le cadre professionnel: « *prendre soin c'est les aider (cadres de proximité) à progresser dans des situations où elles sont mal* ». Les cadres revendiquent aussi cette posture dans le cadre d'activités managériales de gestion des ressources humaines, comme l'accompagnement d'un professionnel par rapport à un projet de carrière, ou un faisant fonction qui ne serait pas à sa place.

Entre pairs, être dans le prendre soin c'est aussi une manière de se « *serrer les coudes* » pour se protéger dans des situations difficiles.

La plupart des cadres qui revendiquent cette posture soulignent la nécessité d'un travail personnel. Il est donc fait référence au développement de l'identité personnelle et relationnelle pour développer son professionnalisme en tant que manager. En fait, dans le développement de l'identité professionnelle du soignant devenu cadre, puis peut-être directeur il y a deux voies possibles. La première est la mutation totale, pour tenter de ressembler au manager qui pourrait œuvrer dans l'entreprise lambda, entrer dans un métier nouveau en « oubliant » l'expérience et le savoir-être essentiel de son métier précédent, ou inscrire ce savoir-être professionnel acquis de la relation d'aide des soins, dans le rôle de manager.

La question se pose d'un management trop dans l'affectif dont ces professionnels se défendent. Ils soulignent alors, l'importance qu'ils accordent à des « contrats » relationnels, passés avec les collaborateurs qui éviteraient une dérive vers l'affectif pur. C'est aussi, pour eux, être en capacité d'entrer dans la négociation par le « donnant/donnant ». Mais certains, se sentent en dissonance, avec certaines des valeurs du soin qui ont été importantes pour eux et le métier de cadre tel qu'il est prescrit ou les attentes institutionnelles qu'ils perçoivent. Ils expriment alors que pour manager on doit pouvoir oublier que l'on a été soignant. On pourrait même ne pas avoir d'expertise, dans les soins réalisés par l'équipe managée. Toutefois, ceci s'exprime le plus souvent comme étant la prescription du travail de manager, mais pas le vécu profond de leur rôle.

Aujourd'hui, manager en mobilisant le « *care* », pour certains, peut être difficile, car c'est mettre en avant une posture managériale qui ne correspond pas au « modèle » traditionnel ou valorisé par la direction. Aussi, s'ils peuvent l'exprimer entre pairs, comme faisant partie intégrante de leurs valeurs d'anciens soignants, ils le défendent peut-être insuffisamment comme une posture managériale qui contribue à motiver une équipe, à la rendre efficace et performante.

1.2.3. Se laisser contaminer au sein de l'équipe managériale et de direction par le *care*

Il serait intéressant que les principes et règles managériaux ne soient pas uniquement définis par le « top management », mais que puisse se développer une dynamique de circulation de tout ce qui au niveau des pratiques managériales individuelles ou partiellement collectives peut être repéré comme des « bonnes pratiques managériales » éthiques. Afin que ces pratiques éthiques contribuent à contaminer les directions, certes fortement outillées pour piloter et gérer l'hôpital mais non imprégnées par la culture propre des soins. Le « care » peut faire peur ou choquer les managers qui pensent que seuls les règles et le contrôle, l'autorité et les manifestations de pouvoir amènent les membres d'une équipe à donner le meilleur de soi au travail. Pourtant, depuis les études de Mac Gregor, les limites de « la carotte et du bâton » ont été repérées en matière de management. Les études plus récentes tendent à montrer que les modèles de leadership autoritaire et basés sur le charisme d'une personne sont dépassés, peu adaptés à nos sociétés et à l'évolution des comportements humains au travail. Même le modèle transactionnel centré sur la relation, mais en terme d'échange, semble être supplanté par le leadership transformationnel. Ce dernier accorde plus d'attention aux agents dans leurs besoins de s'enrichir et de s'épanouir au travail. Il amène à dépasser les besoins premiers de l'échelle de Maslow, que sont les besoins physiologiques et de sécurité, pour tendre vers les niveaux supérieurs que sont l'appartenance et l'affectivité, l'estime de soi, le besoin de se réaliser et de se sentir utile. Or dans le cadre d'une nouvelle définition et vision du management des études s'intéressent à l'intervention des émotions dans le management. (Van Hoorebeke, 2008).¹⁸⁹

Sur quoi et comment, le « care », dans le sens d'attention à l'autre et de sollicitude, peut-il concrètement se manifester dans le management et la relation avec un subordonné?

Nous distinguons différents niveaux : le niveau de la personne elle-même, le niveau du professionnel et des compétences, le niveau de l'intégration dans l'équipe, le niveau de l'implication des professionnels dans l'institution et ses projets.

¹⁸⁹ Van Hoorebeke, D., (2008), La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management, *Humanisme et Entreprise*, n° 289, p. 82

2. Quatre niveaux de manifestation du *care* au sein du management

2.1. Le niveau de la personne : le « *care about* » ou l'attention à l'autre en tant qu'être singulier

Comme nous l'avons retrouvé lors des entretiens, et dans la littérature, l'attention à l'autre est à la fois, pour le manager, une attitude du quotidien, un certain regard et une écoute particulière.

Ceci commence tout simplement par le « bonjour », le simple effort d'être en capacité de nommer l'autre par son nom ou par son prénom. C'est savoir regarder l'autre et discerner dans son attitude non verbale, s'il semble bien ou au contraire en difficulté, voire en souffrance. C'est aller dans les lieux d'échanges informels (pause-café...), non pas uniquement afin d'en profiter pour passer des informations, ni dans une posture de contrôle, mais pour être avec l'équipe, dans l'échange. Et, c'est parfois dans ces moments-là que les informations essentielles relatives à des situations préoccupantes vont émerger. C'est, montrer l'importance accordée à l'équipe, par sa présence, dans les moments d'activité accrue.

C'est savoir se rendre disponible lorsqu'une personne sollicite un entretien, accorder une écoute attentive à une situation vécue comme difficile, ou à un problème. Cela peut aller jusqu'à prendre la décision de repousser l'ordre du jour d'une réunion, lorsqu'il est constaté que pour l'équipe il y a des problèmes plus urgents à réfléchir et à régler.

Cette écoute est qualifiée par certains d'écoute « active », donc mobilisant de véritables compétences relationnelles pour aider la personne à clarifier sa situation, lui permettre d'exprimer son vécu, reformuler, faire valider ou préciser...C'est travailler ses propres capacités à être dans l'empathie. L'empathie présuppose un regard positif inconditionnel sur l'autre (qui n'est pas acceptation de tout, mais chercher toujours à comprendre). L'empathie, c'est tenter de porter un regard sur la situation que vit l'autre à partir de sa position à lui,

avec « ses lunettes » à lui. Elle nécessite un travail personnel, pour développer la congruence, cette capacité à être en contact avec ses propres émotions et l'authenticité pour pouvoir dire ce que l'on ressent, ce qui fait écho en soi de ce que vit ou dit la personne (Rogers, 1966).¹⁹⁰

Cette attitude mobilise un juste équilibre de l'empathie cognitive et affective. Nous avons vu dans l'approche théorique et les nouvelles connaissances qu'apportent les neurosciences sur l'empathie, les dangers pour l'autre d'une empathie cognitive sans affectif et les dangers pour soi d'une empathie affective sans empathie cognitive.

2.2. Le niveau du professionnel : le « *care about*» ou l'attention aux compétences et aux talents

Mettre en place des conditions de développement de l'intelligence collective, favoriser la montée en puissance des compétences collectives nécessitent une véritable démarche projet et des moyens numériques et technologiques essentiels au knowledge management. Aujourd'hui, les hôpitaux sont lancés dans une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Des groupes de travail au sein de la DGOS, élaborent des référentiels de compétences (V3 du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière) et d'évaluation des niveaux de compétences par métier et poste.

La base fondamentale de toute évaluation des compétences reste une attention toute particulière aux aptitudes de chacun, à ses potentiels et talents et à la manière dont il les mobilise en situation. Aucun outil ou référentiel ne peut prendre la place de l'intérêt singulier que porte le manager sur chaque professionnel de son équipe, pour connaître et reconnaître ses aptitudes, ses motivations et son projet (ou pas) de carrière.

Comme l'entraîneur d'une équipe de rugby observe chaque joueur, afin de l'amener à donner le meilleur de ses qualités physiques, stratégiques, au sein de l'équipe et avec ses coéquipiers pour un « beau » jeu et autant que possible une victoire, le manager performant et efficace développe aussi une posture de coach. Cette posture de coach s'entend comme une attitude particulière d'analyse de la situation professionnelle individuelle et

¹⁹⁰ Rogers, C. (1966), *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF éditeur

d'accompagnement dans le cadre d'une «relation d'aide professionnelle». Il s'agit, ainsi, de permettre à l'individu de progresser en regard des potentiels, des possibilités offertes par l'environnement organisationnel, et de ses motivations. Cette attention particulière doit porter sur les difficultés individuelles rencontrées par les subordonnées afin de fournir, dans la mesure du possible, une aide personnelle. Elle intègre, aussi, la capacité d'envisager l'environnement organisationnel et managérial comme potentiellement à l'origine de certaines difficultés pour y envisager les transformations nécessaires.

Les outils construits dans le cadre de la GPMC, l'entretien annuel (d'évaluation ou professionnel) intégré dans une politique managériale institutionnelle, l'évaluation des besoins de formation et le plan de formation, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) peuvent être des éléments et manifestations de ce « *care about* » des compétences et des talents professionnels.

Les valeurs sur lesquelles s'appuie la démarche de recrutement promeut ou pas ce « *care about* ». En effet, qu'en est-il de l'image véhiculée, quand les professionnels ou partenaires sociaux disent « *ici on a pour principe de mettre les gens d'abord dans les services qu'ils n'ont pas demandés... on en arrive à ne pas nommer les services souhaités, comme cela on a peut-être une chance de s'y retrouver...* » (PS).

Pour d'autres directions, au contraire il est important d'être attentif aux souhaits, de les faire argumenter en termes de compétences acquises ou de compétences à développer, ou d'intérêt de carrière et d'y répondre autant que possible, ou d'expliquer en quoi cela n'est pas envisageable dans l'immédiat, mais de dire et de montrer dans le temps que le souhait a été entendu.

L'attention à l'autre, c'est pouvoir repérer la personne en difficulté dans son service, et lui donner une chance de se reprendre, de faire mieux ou d'être mieux dans un autre service. Comme le souligne une directrice des soins, certains agents, qui ont été mis professionnellement en difficultés, à un moment de leur vie, dans un contexte particulier, sont stigmatisés et il ne leur est plus accordé de pouvoir repartir sur d'autres bases ailleurs.

2.3. Le niveau de l'équipe : le « *care about* » ou l'attention à l'intégration, à la socialisation de chacun au sein de l'équipe

Le « *care about* », au niveau de l'équipe concerne l'attention particulière que met le manager à mettre en place les conditions favorables à l'intégration, la socialisation de chaque agent dans le service. Cela commence dès son arrivée par un temps suffisant d'accueil, de présentation du service, dans sa mission, son fonctionnement, ses règles pour que la personne puisse très vite assurer son activité, avec plus au moins la nécessité d'un tutorat ou mentorat. C'est un peu plus tard, présenter les projets en cours, pour permettre une implication progressive en tenant compte, autant que possible, des aptitudes et intérêts propres de la personne mais en stimulant son désir d'évoluer, de progresser avec les autres.

Dans le contexte actuel très particulier, de trois générations présentes au travail, créer des conditions d'échanges inter générations, comme favoriser les partages de compétences des uns dans la clinique et des autres dans les NTIC¹⁹¹ ou l'informatique, est un véritable défi. Ceci implique de créer des situations d'enrichissement mutuel et d'être attentif à ce qu'il ne se développe pas des clans « générationnels » avec le risque de critiques envers chaque génération : la génération Y qui ne « *supporte pas les règles et l'autorité* », les séniors qui ne sont plus impliqués.

Développer « *le care about* » de l'équipe managée, c'est mettre en place des temps de réflexion, d'analyse de situations, de partage des pratiques pour valoriser le travail réalisé et aider à dépasser des difficultés. C'est donner le sentiment à chacun de l'enrichissement qu'il y a individuellement, à partager, à échanger. La mise en place de temps et espaces formels, pour élaborer à partir du travail et des situations singulières rencontrées, contribue souvent à développer l'envie de partager des temps professionnels plus informels (Zarifian, 2012).¹⁹² Elle stimule la solidarité et la collaboration plus spontanée, entre pairs ou de manière interprofessionnelle. Cela participe, également, à répondre au besoin de reconnaissance entre pairs, en partageant sur les pratiques, sur les « petits trucs » qui contribuent à être plus efficaces dans une situation donnée ou à obtenir la compliance d'un patient «difficile»...

¹⁹¹ Nouvelles Technologies d'Information et de Communication

¹⁹² Forum sur le thème « Management éthique », 15-16 mars 2012, Paris

L'interdépendance et la coopération sont intimement liées au besoin de reconnaissance. La considération mutuelle portée à la contribution de chacun, dans la démarche de soin et de prise en charge d'un patient, va nourrir, individuellement, le sentiment de reconnaissance. La reconnaissance, à son tour, est vectrice de confiance en soi et d'estime de soi : « *L'estime de soi se constitue par la reconnaissance par l'autre de la fonction sociale de son activité, de son utilité, de sa contribution. La solidarité est l'attitude positive par laquelle s'exprime le souci de la contribution de chacun à une communauté donnée* » (Chaine, 2012).¹⁹³

Le « *care about* » de l'équipe, c'est aussi être attentif à des indicateurs de tensions, entres professionnels, pour agir avant que la situation ne se dégrade et que n'éclate un conflit. C'est aussi repérer des indices de fatigue d'une équipe dans des périodes de sur-activité ou des prises en charges de patients « lourds » (pathologies graves de jeunes personnes, succession de décès) et apporter des moyens supplémentaires à l'équipe ou redoubler d'attentions, d'encouragements, de temps d'écoute. Ceci participe à la reconnaissance, car le manager a repéré que dans cette période particulièrement difficile, chacun met de la bonne volonté, pour que malgré tout, le travail soit bien fait et que les patients puissent continuer à bénéficier des meilleurs soins.

Un rôle essentiel, et parfois identifié comme particulièrement difficile par certains cadres, dans certains services, ce sont les relations et la collaboration entre médecins et paramédicaux. Des médecins peuvent, par exemple organiser leur activité sans en regarder les impacts sur la propre organisation de l'équipe paramédicale. Parfois est aussi dénoncée, la quasi « ignorance » de certains médecins vis-à-vis des paramédicaux. Cette attitude peut se manifester par l'absence de salutations en arrivant dans le service, ou par des échanges limités à des consignes ou prescriptions données sans explication sur les motifs ou raisons cliniques. Cela peut être, aussi, l'absence de réponse à des demandes réitérées des soignants, dans certaines situations de souffrance de patient ou de demande d'informations médicales. Les soignants sont très demandeurs, dans de telles situations, pour que le cadre intervienne, et, une bonne dose d'assertivité et de diplomatie sont alors nécessaires au cadre, pour faire évoluer ce type de situation.

¹⁹³ Chaine, L., (2012), Culture de la reconnaissance et culture du résultat : aux sources d'une rencontre traumatique entre sujet et management, in « *Le management "hors sujet" ?* », *Nouvelle Revue de psychologie*, Erès, Toulouse, p. 105-122

2.4. Le niveau de l'implication : le « *care about*» ou l'attention au juste engagement dans les projets

Nous identifions au moins cinq dimensions où le « *care* » peut contribuer à favoriser l'implication individuelle et collective dans les projets et les changements à conduire : le prendre soin de l'information, le prendre soin de l'agent lors de sa prise de poste, le prendre soin dans l'implication dans les projets, le prendre soin de la communication et des échanges, le prendre soin de l'apprentissage à travers des analyses et partages de pratique.

2.4.1. Le prendre soin de l'information et de la communication interne

Nous l'avons retrouvé dans le cadre de nos entretiens, l'information est un axe managérial sans cesse à remettre en question. Si « *trop d'informations tuent l'information* », on retrouve rarement des sentiments de satisfaction exprimés quant à l'information reçue. Tout au long des strates de l'échelle hiérarchique (du plus bas au plus haut niveau de la hiérarchie), les agents se disent non informés ou mal informés. L'encadrement de proximité et intermédiaire ont le sentiment d'avoir des informations parcellaires, ou de ne pas être impliqués pour certaines décisions. Quant au supérieur hiérarchique, il a le sentiment d'informer voire d'être obligé de redire les mêmes choses sans être entendu ou compris.

L'information et la communication sont d'une grande complexité. Les théories et leurs évolutions pour mieux les cerner, sont là pour en témoigner. Ainsi, il est avancé que « *la fluidité des échanges d'information est liée avant tout à la qualité des relations établies entre les individus. Ce sont essentiellement l'estime, la confiance, la valorisation et le respect réciproques qui facilitent la circulation et l'intégration des informations...il ne suffit pas de transmettre plus d'informations ou de signes, il faut s'assurer que du sens passe et*

savoir que la qualité de la relation est le meilleur vecteur pour y contribuer » (Kourilsky-Belliard, 1995).¹⁹⁴

Or l'hôpital, qui nécessiterait une gestion fluide et rapide de l'information est confronté à une densité très forte de celle-ci du fait de relations multiples interprofessionnelles et de certains blocages générés par les strates et cloisonnements déjà évoqués.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ne semblent pas contribuer à améliorer cette situation. Les plaintes relatives au temps consacré à traiter les mails, reviennent souvent. Comme chaque outil, la messagerie électronique pour être correctement utilisée, nécessite que l'on prenne le temps de définir quelques principes d'utilisation. Souvent l'apprentissage s'est fait de manière empirique, et les subtilités techniques qui permettraient d'utiliser cet outil au mieux ne sont pas acquises. Ces difficultés identifiées sur le terrain sont retrouvées dans la littérature : « *...les individus communiquent de plus en plus avec des instruments qui affaiblissent la communication interpersonnelle, là où se situe précisément le problème. Plus l'information est envahissante et plus l'apprentissage de la communication est rendu nécessaire. L'efficacité des systèmes techniques d'information, notamment dans les entreprises, devrait précisément se mesurer à leur faculté d'affranchir l'homme du problème de l'information, pour ainsi lui permettre de se consacrer à celui de la communication dans son acception la plus originelle, celle de la mise en commun de la mise en relation des ressources humaines* » (Kourilsky-Belliard, 1995).¹⁹⁵

Cette complexité plaide en faveur d'un prendre soin tout particulier de l'information à travers au moins trois facettes : le sens, le processus et le contenu. Le sens pose la question de pourquoi nous souhaitons informer, il détermine ce qui est attendu à travers cette information. Le processus interroge la manière de faire passer l'information et les supports, outils, ressources, les plus adaptés pour atteindre l'objectif visé par cette information. Enfin, le contenu s'attache plus spécifiquement au message à transmettre.

Nous pouvons dire que prendre soin de l'information et de la communication, pour un manager c'est apprendre, aussi, à « métacommuniquer » sur la manière dont il informe et communique. Autrement dit, prendre du recul sur la manière dont il a informé, dont il a

¹⁹⁴ Kourilsky-Belliard, F., (1995), *Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement*, InterEdition, Paris, p. 3ème tirage, 1996, p.45

¹⁹⁵ Op.cit. p. 46

communiqué, voire, se donner la permission de se faire superviser ou coacher, quand l'enjeu de l'information ou de la communication est particulièrement important. Prendre soin de l'information ou de la communication c'est aussi se donner des moyens d'avoir des « clignotants » (indicateurs) qui manifestent que l'information est bien passée, ou qu'au contraire, elle rencontre des obstacles, voire qu'on obtient l'effet inverse à celui escompté.

2.4.2. Le prendre soin lors de la prise de poste

Nous avons retrouvé des remarques spontanées aussi bien des partenaires sociaux que des directions quant aux comportements managériaux lors de l'intégration d'un nouveau professionnel. Nous avons relevé et signalé préalablement cette procédure implicite qui consisterait systématiquement à ne pas répondre au désir de l'agent relativement au service ou à la spécialité vers lesquels il souhaiterait aller. Réalité ou « rite » initiatique pour tester l'agent ?... Nous avons, aussi entendu que pour des directions, au contraire, il était important d'être attentif aux souhaits des agents et si une réponse favorable n'était pas possible, de pouvoir en expliquer les raisons et de prendre soin d'assurer un suivi de ces personnes, quant à leur projet professionnel, pour ne pas les démotiver ou les décourager.

Notre étude n'avait pas pour objet d'approfondir cette question. Cependant compte tenu du défi important, pour l'hôpital, aujourd'hui, d'être à même de recruter et fidéliser des professionnels talentueux et/ou compétents, les procédures mais aussi les comportements particuliers des managers qui assurent le recrutement mériteraient certainement de bénéficier de plus de travaux de recherche.

2.4.3. Le prendre soin lors de l'implication des agents dans les projets

Régulièrement les agents sont sollicités pour avoir un rôle de référent ou être personnes ressources au sein de leur service, dans le cadre d'un projet institutionnel, de pôle ou de service. Le prendre soin, ici comporte plusieurs aspects.

Il s'agit d'être attentif à ce que la personne possède bien les prérequis en termes de compétences ou lui donner les moyens de les acquérir. Cela implique de définir les critères pertinents du profil de la personne ressource dont on a besoin dans le projet à mener, alors que bien souvent le choix se fait assez empiriquement ou de manière peu anticipée.

Prendre soin de la personne c'est avoir un entretien avec elle pour bien poser les enjeux du projet, ce qui est attendu d'elle et l'aide ou le soutien dont elle pourra disposer. C'est aussi prendre en considération sa propre motivation et les retours qu'elle peut en escompter. Un retour financier étant peu possible, pour récompenser un effort, un engagement professionnel particulier demandé, il est important que la personne puisse percevoir le bénéfice pour elle, sur le plan professionnel/personnel, de ce qu'elle peut considérer en première intention comme un surcroît de travail et de stress. D'autant que la plupart du temps, il n'y a pas ou très peu de marge de manœuvre pour la libérer des activités professionnelles habituelles.

Il est essentiel, également, d'être attentif, au fait que la personne n'est pas déjà engagée par ailleurs dans d'autres projets. Il est souvent remarqué que les personnes sollicitées comme personnes ressources dans le cadre de projets à mener sont souvent les mêmes, c'est-à-dire les personnes déjà identifiées comme « *de bons* » professionnels dynamiques et motivés. Or, il y a un fort risque d'épuiser les « ressources » s'il n'y a pas une véritable attention et un prendre soin de ces professionnels compétents et engagés.

Au-delà de l'acceptation obtenue, le soutien, les échanges avec l'encadrement direct ou le chef de projet, sont nécessaires tout au long du projet. Donner des signes de reconnaissance passe, aussi, par les retours sur l'avancée et les résultats obtenus, en regard de la feuille de route tracée mais également par une attention particulière à des demandes personnelles que peut avoir la personne par rapport au planning, horaires ...

2.4.4. Le prendre soin de la communication et des échanges

Nous avons parlé de l'attention à porter à l'information et à la communication interne, il s'agit aussi de souligner le prendre soin des relations interpersonnelles et de la communication au sein de l'équipe ou entre équipes. Au niveau de toutes les strates de l'équipe terrain à l'équipe de direction, chaque manager a à développer le « *care about* » des interrelations des membres de l'équipe qu'il manage.

Favoriser une « bonne » communication et des « bonnes » relations, nécessite de savoir dépister les conflits latents, de les désamorcer, de ne pas laisser se gangréner certaines situations entre les personnes. Cette compétence particulière du manager est fondamentale, car nous l'avons vu les jeux de pouvoir peuvent être très importants à l'hôpital et les relations entre le corps médical et les autres professionnels très souvent sensibles. Nous retrouvons l'importance et l'enjeu de relations positives et constructives entre les médecins et les autres professionnels dans les propos des directeurs, l'un soulignant que diriger est facile dans cet établissement parce que les médecins sont investis et porteurs de projets, alors que l'autre évoque les jeux de pouvoirs forts. Les professionnels de terrain, eux, rapportent des propos contrastés allant de relations appréciées, voire de sentiments d'être soutenus, à l'expression de ne pas être entendus, reconnus, d'être ignorés « *il ne nous dit même pas bonjour* », de subir des marques de non-respect, parfois même des propos injurieux.

L'évocation de son internat par ce jeune médecin évoque aussi le manque de coopération des médecins entre eux et/ou le manque d'attention vis-à-vis des futurs médecins : « *je pense qu'à l'hôpital, ils ne se parlent pas entre eux (les médecins)... en trois ans d'internat j'ai eu le temps d'être dégoûtée...Le médecin hospitalier, c'est prestige et pouvoir parce qu'il faut se battre pour avoir des postes...* ».

A travers ces derniers propos, il est difficile de valider l'idée que « *le care* » soit fondamentalement une valeur médicale. Par contre, il serait très intéressant d'en suivre l'évolution dans les prochaines années avec la féminisation du corps médical. Si l'éthique du « *care* » est une prédisposition féminine plus que masculine, la féminisation du corps médical devrait montrer une évolution sensible des modes de relations et de pouvoir.

« Le travail que j'ai effectué dans cette direction indique que l'inclusion de l'expérience féminine apporte une nouvelle perspective sur les relations humaines, qui change le fondement même de l'interprétation du développement. Le concept de l'identité s'élargit pour inclure l'expérience de l'interdépendance ; le domaine moral s'étend également et inclut la responsabilité et la sollicitude dans les rapports interpersonnels » (C.Gilligan, 1986).¹⁹⁶

Ainsi, l'éthique du « care » repose sur les préceptes de la non-violence et sur le fait que l'on ne doit faire de mal à personne plus que sur la recherche de justice et d'égalité.¹⁹⁷

2.4.5. Le prendre soin de l'apprentissage à travers des analyses et partages de pratique.

La réduction du temps de travail, avec le passage aux 35 heures, s'est faite le plus souvent en amputant sur les temps de chevauchement horaire des équipes. Or, ces temps, outre le nécessaire transfert d'informations pour assurer une continuité des soins, avaient une fonction sociale importante de reconnaissance, de contact et de partage des émotions (Grosjean, Lacoste, 1999).¹⁹⁸

Ainsi, alors que les sociologues soulignent le développement de l'individualisme dans nos sociétés, l'organisation hospitalière actuelle est en difficulté pour créer ou recréer des espaces et des temps d'échanges professionnels. Paradoxe, quand l'enjeu de coopération et de travail collaboratif est mis en exergue pour maintenir et promouvoir la qualité des soins, mais aussi quand la recherche de la performance individuelle et collective, voire l'intelligence collective au sens plus global, n'ont jamais été aussi affirmées.

Le prendre soin des équipes passe alors par la recherche de nouveaux temps et lieux pour créer la rencontre des professionnels, entre pairs, mais aussi interprofessionnelle dans le cadre de staff cliniques ou de réunions d'équipe, dans un objectif de mieux travailler ensemble et de faire évoluer les organisations.

¹⁹⁶ Gilligan, C.,(1986), *Une voix différente, pour une éthique du care*, Champs essais, éditions de 2008

¹⁹⁷ Op. cit. p. 277

¹⁹⁸ Grosjean, M., Lacoste, M., (1999), *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, PUF, Paris, p. 109

Ces temps de partage formels et informels sont l'occasion de donner consistance et visibilité au travail de chacun (espaces de discussion)¹⁹⁹. Ils participent à démontrer son utilité, donnent de la visibilité et reconnaissance au collectif et l'occasion de s'interroger, chercher à interpréter, à compléter ses savoirs et à reconstituer des événements et des problèmes.²⁰⁰

La mise en œuvre de groupes d'analyse des pratiques entre pairs, quel que soit le métier exercé, peut participer à cet objectif de prendre soin des équipes et du travail des équipes. Ces groupes d'analyse des pratiques sont à concevoir aussi bien pour une équipe de direction, que pour une équipe soignante en passant par les équipes de cadres. Ils contribuent aussi à développer le sentiment d'appartenance au-delà de l'équipe de son service, à une équipe de pairs.

3. Une éthique du *care* dans le cadre d'un leadership partagé

3.1. Vers un leadership partagé en congruence avec les trois « mondes » de l'hôpital

Les différentes études et témoignages portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, l'approfondissement que nous avons cherché à avoir sur le leadership nous conduit à proposer le développement d'un leadership partagé.

Nous l'avons vu, l'hôpital c'est la rencontre de plusieurs mondes et d'au moins trois logiques. Une logique gestionnaire administrative, une logique médicale et une logique paramédicale. Parfois ces trois logiques arrivent à communiquer, à se coordonner, de manière intelligente entraînant un fonctionnement assez fluide dans les changements. C'est ce qu'exprime la direction d'un de nos établissements choisis pour l'étude. Mais le plus souvent ces logiques se heurtent, entrent dans des rapports de force et de pouvoir comme

¹⁹⁹ Réf aux travaux de M. Detchessahar , op. cit

²⁰⁰ Op. cit., Grojean, M., Lacoste, M., p. 112

nous l'avons retrouvé dans le deuxième établissement, dans les interviews complémentaires réalisés, ainsi que dans certains articles d'hospimédia.

Aussi, il nous semble que culturellement l'hôpital est plus proche, plus à même de faire émerger un leadership partagé autour d'hommes (ou femmes) dont la forme de leadership serait différente. Le leadership est en lien avec le pouvoir et la légitimité reconnue de ce pouvoir par les subordonnés. Or « *les professionnels tiennent leur pouvoir de leur rapport au savoir (technique et spécialisé) et leur légitimité de leur position individuelle et collective dans l'organisation...La coexistence, au sein d'une même organisation, d'acteurs bénéficiant de telles sources de pouvoirs est impensable dans une perspective de lutte pour la suprématie. Elle est, par contre, parfaitement envisageable s'ils reconnaissent leur interdépendance et abandonnent les rapports de contrainte fondés sur les liens d'autorité pour adopter des rapports de coopération fondés sur le respect mutuel et l'autonomie de la volonté, pour consacrer leur énergie au renforcement du pouvoir de l'organisation d'influer sur son environnement* » (Crémadez, 2004).²⁰¹

Si nous nous appuyons sur cette assertion, nous pourrions dire que les trois grands « mondes » de l'hôpital sont là avec leurs savoirs, leurs expériences et leurs valeurs et qu'ils constituent le creuset de la richesse hospitalière. Cette richesse peut créer un hôpital nouveau, ouvert et innovant en permettant à chaque « monde » de produire pour l'organisation ce pour quoi il est compétent et talentueux. Il s'agit de créer interdépendance et coopération là où la tendance va vers les rapports de pouvoirs et querelles de clochers. Pour cela, reconnaître à chacun un leadership fort dans le domaine qui est le sien.

Ce leadership partagé pourrait donc prendre un style différent, respectant la communauté des valeurs particulières à chacun des trois grands « mondes » en présence.

La direction générale dans un contexte complexe et d'incertitude doit être garante des orientations générales que l'hôpital a à prendre, donc garante de l'élaboration du sens. Nous pouvons imaginer qu'un leadership « fort », comme le soulignait l'un des directeurs, peut s'appuyer sur la notion de sensemaking. Mais l'hôpital a besoin également qu'en son sein il y ait un leadership clinique pour garantir la qualité des soins, tout autant que concevoir et faire vivre des projets innovants et créatifs pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes de patients. Patients appartenant à une population de plus en plus âgée, avec des poly pathologies ou des pathologies en grande majorité chroniques, pour lesquelles

²⁰¹ Crémadez, M., (2004), *Organisations et stratégie*, Dunod, Paris, p. 316

l'éducation thérapeutique est un véritable défi, pour les années à venir. Enfin, il est important que les *professionnels* qui sont au cœur du soin, les agents qui sont au plus près des usagers, se sentent reconnus, soutenus, accompagnés dans leur développement professionnel. En cohérence avec la vocation de la fonction de direction des soins (quand elle n'était encore qu'Infirmière générale) mais aussi en lien avec les paroles des cadres de santé interviewés, n'y a-t-il pas là, à la fois la vocation et les compétences pour un leadership animé par le « *care* » et qui pourrait prendre modèle sur le « *servant leadership* » ?

3.2. Des directeurs qui sont dans le « *sensemaking* »

Le leader est celui qui est capable d'influencer un groupe, une équipe pour l'amener de manière volontaire à atteindre voire à dépasser les objectifs visés. Ceci est une définition générale classique. Une des qualités attendues du leader est de donner le cap, d'être en capacité de créer une image et de faire partager cette vision d'un but à atteindre. La communication et la compétence à communiquer sont essentielles dans ce processus

Le « vrai chef » serait alors la personne en capacité de voir et donner le sens dans les deux acceptions de ce terme, c'est-à-dire à la fois le but et le chemin vers ce but.

Or, nous avons identifié que les directeurs peuvent être en difficulté pour se positionner comme « patron » dans l'établissement où ils sont nommés, et que leur projet de carrière les amène parfois à des passages de courte durée dans certains établissements. Revisiter cette situation avec le concept de « *sensemaking* » de Weick nous semble intéressant dans l'univers hospitalier tel qu'il se vit aujourd'hui.

Les directions, lors de nos entretiens, disent leurs difficultés à avoir une vision du futur tant le contexte d'incertitudes dans lequel évolue l'hôpital, est fort. Incertitudes, quant à l'évolution des besoins en matière sanitaire, mais surtout créées par le législateur avec des publications de textes et des réformes qui sont venues révolutionner le financement et les organisations, mais sans donner le sentiment d'une stabilisation envisagée.

Or le « *sensemaking* » pose la question d'arriver à créer du sens dans des situations déstabilisantes, imprévisibles. La situation de crise ou la confusion rendent difficiles a priori

la production de sens. Dans le « *sensemaking* » il y a une remise en question de la vision traditionnelle d'une création prospective dans un contexte où le changement serait rare et difficile à mettre en œuvre, pour le regarder comme un processus de changement continu. Donner du sens, créer une vision n'est plus tant un processus de recherche d'anticipation à tout prix, mais « *le travail d'un créateur de sens, c'est de transformer un univers d'expérience en un monde intelligible* » (Weick, 1993).²⁰²

Le sens se crée, et donc se transmet, dans une dynamique continue de recherche de compréhension du monde et de l'organisation, dont on a la responsabilité de gestion. Le changement et les actions menées génèrent constamment de nouveaux défis. Le sens peut ainsi succéder à l'action : « *le sensemaking est rétrospectif et non prospectif, venant s'opposer à la position traditionnelle en théorie des organisations où le développement de la pensée est avant tout prospectif, tourné vers l'avenir, vers "l'entreprise" à réaliser* » (Giroux, 2006).²⁰³

Le processus de création de sens peut néanmoins se repérer à travers certaines étapes comme :

- 1) La prise de connaissance (effectuating) c'est à dire les actions visant à tester ce qui se passe, à recueillir les informations,
- 2) La triangulation qui consiste en la convergence de données provenant de plusieurs sources,
- 3) L'affiliation, ou partage et négociation du sens dans les échanges avec les autres,
- 4) La délibération, au sens du raisonnement individuel, qui édite la masse de données,
- 5) La consolidation, à travers la mise en contexte et en perspective, de ce qui a été appris (Giroux, 2006).²⁰⁴

Dans ce processus, la communication a un rôle fondamental. Cependant Weick apporte aussi une dimension complémentaire à ce que nous avons pu précédemment trouver dans les entretiens. Pour lui, il ne s'agit pas seulement de communiquer de l'information, de communiquer « *dans* » l'organisation car l'organisation n'est pas statique. Elle est un

²⁰² Giroux, N., (2006), cite Weick dans : La démarche paradoxale de Karl E. Weick, in *Les défis du Sensemaking en Entreprise*, sous la direction de Autissier, D. et Bensabaa, F. p. 25 -50

²⁰³ Giroux, N., Op. cit

²⁰⁴ Op. Cit.

processus « organique » vivant et évolutif dont la communication « *est* » et « *fait* » l'organisation. La communication devient « *processus organisant* » (Giroux, 2006).²⁰⁵

Dans ce paradigme, la création de sens, à l'hôpital, devient un phénomène social, et pas le fait d'un seul leader ou d'institutions extérieures à l'hôpital. Elle s'appuie sur l'environnement, s'improvise dans l'action et la créativité des autres groupes leaders tels que les médecins et les paramédicaux. Chaque groupe apporte la richesse de la connaissance de son corps de métier.

3.3. Des médecins leaders cliniques

Le leadership clinique renvoie à un paradigme de bonne prise en charge ou de manière de faire, qui se légitime par la compétence clinique et se crée en s'adaptant de manière continue au contexte médical et organisationnel.

« Ce leadership (...) est particulier dans la mesure où il n'est pas porté par des managers, mais par des soignants formés au management (...) les sources de motivation sont à rechercher dans toutes les dimensions caractérisant la compétence professionnelle du clinicien, c'est-à-dire touchant tant à la connaissance qu'aux pratiques cliniques » (Vinot, 2008).²⁰⁶

Le leadership clinique est associé au concept de gouvernance clinique, développé vers la fin des années 90 au Royaume-Uni dans le but de rehausser l'obligation de rendre compte des établissements de santé en regard de leur performance et de la qualité des soins et services. Ce concept a ensuite inspiré de nombreuses réformes des services de santé, en particulier au Québec.

La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations et de savoirs entre les acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé. Elle vise à rapprocher la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle, par le développement de l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Les principes de la gouvernance clinique tentent de

²⁰⁵ Op.cit.

²⁰⁶ Vinot, D., (2008), Le leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes aux perspectives », in « *Pratiques et Organisation des Soins* », volume 39, n°3/juillet –septembre 2008

produire une synergie entre l'implication des professionnels, le renouvellement de l'organisation et l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels aux différents niveaux des soins. Elle vise un alignement entre les différents niveaux de soins : l'individu, l'équipe, l'organisation et le système.

La gouvernance clinique se définit par deux notions centrales, la qualité et l'obligation de rendre compte en rendant « imputables » les acteurs à partir de six axes: la recherche et le développement scientifique, la vérification (audit) clinique, l'efficacité clinique, la formation et développement professionnel, la gestion des risques et la transparence.

Le défi de la gouvernance clinique réside dans la création d'une synergie entre ces composantes. La gouvernance tend donc à influencer l'action collective à partir d'une position d'autorité détenue par des professionnels et fondée sur l'expertise et les compétences professionnelles, conférant un pouvoir légitime (Moisdon, 2008)²⁰⁷.

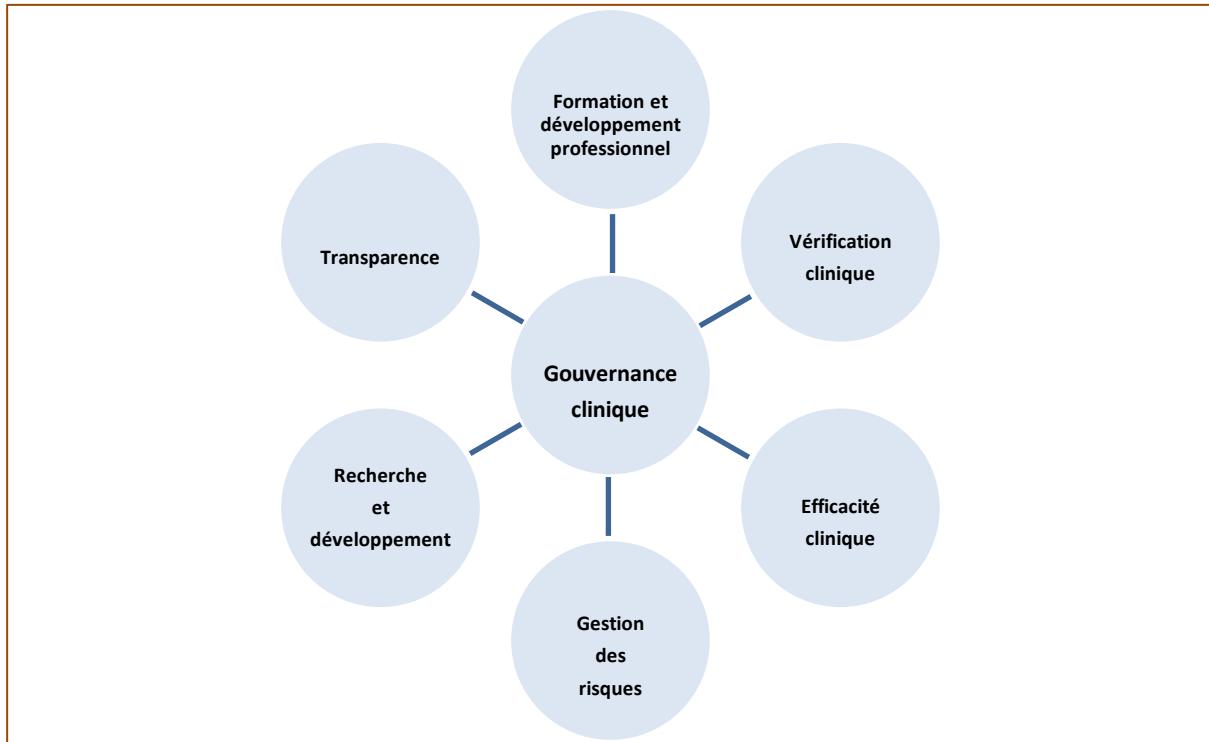
La gouvernance clinique peut se définir comme un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation et peut être considéré comme un nouvel objet de gouvernement et un nouveau mode d'action collective.

*« La gouvernance clinique est un lieu où se mobilisent conjointement les savoirs et les relations émergeant des acteurs du système de gestion et du système clinique et ce, de façon égalitaire et enrichissante pour tous les acteurs présents au sein de ces systèmes. La gouvernance clinique inclut l'ensemble des initiatives permettant d'optimiser la qualité des soins et des services de santé. L'autorité de gouvernance détenue par les professionnels du système clinique et par les gestionnaires du système de gestion, est mise au bénéfice de l'amélioration de la qualité des soins. Cette autorité partagée renforce l'importance pour les professionnels de participer à la transformation de l'organisation qui soutient leur pratique » (Brault, Roy, Denis, 2008).*²⁰⁸

²⁰⁷ Moisdon, J.C., (2008), Gouvernance clinique et organisation des processus de soin : un chaînon manquant ?, in *Pratiques et organisation des Soins*, volume 39, n°3 / Juillet-septembre

²⁰⁸ Brault, I., Roy, D-A., Denis, J-L., (2008), Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé, in *Pratiques et Organisations des Soins*, volume 39, n°3/juillet- septembre

Schéma n°8 : Les Composantes de la Gouvernance clinique, inspiré des travaux de Starey, de Scally et Donaldson²⁰⁹



L'émergence d'un leadership clinique est soumise à un charisme de la personne et à la volonté de celui qui prendra le leadership. Elle requière, aussi, certaines conditions : l'intégration de la contingence structurelle propre à chaque contexte, l'organisation d'une

²⁰⁹ Les dimensions de la Gouvernance clinique :

1. Recherche et développement scientifique : partie intégrante des initiatives d'amélioration continue de la qualité, développement de nouvelles pratiques, évolutions des pratiques existantes.
2. Vérification (audit) clinique : un des fondamentaux de la gouvernance clinique, révision des pratiques cliniques selon des critères de performance et de normes de qualité. Processus par lequel les professionnels se questionnent, modifient et redéfinissent leurs pratiques cliniques afin d'améliorer la qualité des soins offerts.
3. Efficacité clinique: mesure qui permet de connaître le degré d'efficacité d'une intervention dans le cadre d'une démarche de vérification clinique via le développement de guides de pratiques cliniques et les protocoles de soins.
4. Formation et développement professionnel : enjeu central de l'amélioration des processus cliniques et du maintien des qualifications, la formation initiale étant vite obsolète au regard des évolutions cliniques et technologiques.
5. Gestion des risques : définie comme une activité qui touche les patients, les professionnels et les organisations : pour le patient : régulation pour offrir des services sûrs ; pour le professionnel : environnement de travail sûr, protection immunitaire efficace.
6. Transparence : la transparence des initiatives d'amélioration de la qualité implantée est garante de leur efficacité (tout en respectant la confidentialité pour le patient) ; la transparence dans les processus est une partie essentielle de l'assurance de la qualité des services rendus.

relation d'échange, la construction d'un but commun explicitement inscrit dans le registre clinique, la légitimité professionnelle, un langage rendant le projet audible par les autres professionnels soignants, la création de ponts entre pensée clinique et pensée gestionnaire et l'engagement des cliniciens dans tout processus de changement. (Vinot, 2008).²¹⁰

3.4. Une direction des soins et des cadres qui développent leur « servant leadership »

De fait, nous retrouvons pleinement l'expression d'une forte « *éthique du care* » chez les directions de soins des deux établissements et au niveau de l'encadrement intermédiaire et des cadres de proximité. Le « *care* » est revendiqué comme une valeur soignante. Si l'on se réfère à des valeurs persistantes évoquées précédemment d'une infirmière générale « *garante du bonheur des hospitaliers dans leur milieu de travail* », il s'agit d'une conscience de la responsabilité, de décliner le souci de l'autre, en tâches individuelles et collectives visant à favoriser ce bien-être (Garrau, Le Goff, 2010).²¹¹

La recherche de congruence amène ces professionnels à considérer le « *prendre soin* » comme une attitude, mais aussi comme un « *care* » procédural, manifeste dans le cadre des pratiques managériales. Il se manifeste à travers des comportements où l'accueil et l'écoute des agents sont essentiels. Le « bon manager » est celui qui sait écouter. Nous retrouvons cette qualité souvent explicitée par les directions de soins. Cette capacité d'écoute de l'autre serait fondamentale pour faire naître, chez l'autre le sentiment d'être respecté, d'être reconnu. La bientraitance peut être alors manifeste.

Du cadre de proximité à la direction des soins, le « *care* », le prendre soin de son équipe sont perçus comme naturels, voire pour certains comme le rôle premier. Toutefois, si cela semble naturel, car dans la continuité d'une attitude soignante conservée de son métier précédent, il est aussi exprimé, que cette posture n'est pas toujours valorisée par la hiérarchie. Elle est parfois même controversée car assimilée à un management « affectif ». Cette attitude effectivement, exprime « *l'extensivité du souci de soi vers le souci des autres, mêlant la*

²¹⁰ Op. Cit.

²¹¹ Garrau, M., Le Goff, A., (2010), Care, justice et dépendance, Introduction aux théories du care, Paris, Puf. P.10

cognition avec le sentiment et l'émotion, tant pour le souci de soi que pour celui des autres » (Pesqueux, 2012).²¹²

Certains cadres peuvent se sentir en dissonance cognitive, le travail prescrit n'est pas en cohérence avec leurs propres valeurs. Ils peuvent être en situation d'injonctions paradoxales avec des attentes des membres de l'équipe de reconnaissance et soutien de leur part et celles de la direction qui les éloignent du terrain en les sollicitant pour assurer reporting, évaluations, rapports...nécessaires au pilotage. Ils se sentent aussi éloignés du terrain par les multiples réunions en lien avec différents projets, auxquelles ils sont convoqués, mais dans lesquelles, ils perçoivent bien, soit que les décisions importantes sont déjà prises, soit que leurs avis n'ont pas de portée.

Plus que jamais, le management a un défi particulier à relever quant à développer la qualité de vie au travail, le bien-vivre au travail. Il s'agit alors, pour le manager, d'être attentif à prévenir ce qui peut mettre en risque, sur le plan physique mais aussi sur plan social et psychologique, la santé du sujet au travail. La promotion d'une culture de la reconnaissance est alors mise en avant.

3.5. Un modèle de leadership qui s'appuie et promeut les talents dans chaque métier

Un modèle de leadership partagé, pour l'hôpital, implique que soit pris en considération le professionnalisme individuel, dans ce qui fait la compétence du cœur de métier de chaque grand groupe professionnel. En encourageant les talents et accompagnant le développement des compétences individuelles, en favorisant le décloisonnement par les interactions et les échanges professionnels, le leadership partagé tendrait vers un système d'organisation apprenante et donc aussi d'intelligence collective.

Nous pensons, en regard des témoignages et signaux d'alertes que nous venons d'explorer à travers cette étude, que le risque de vouloir focaliser les médecins sur la gestion économique et financière, (qui est un métier à part entière) risque d'affaiblir le système au détriment de la

²¹² Pesqueux, Y., (2012), La philosophie Le management « hors sujet » ? in *Du sujet dans l'organisation : les apports du care*, in Arnaud, G., Dubloulouy, M., (sous la direction de), Toulouse, ERES, nouvelle revue de psychologie, p.278

richesse qu'ils peuvent apporter en développant toujours plus d'expertise dans leur propre métier. Vouloir extraire des médecins du système pour en faire de purs gestionnaires, alors que nous allons subir une pénurie médicale sur au moins une décennie et une révolution sociale par sa féminisation dont nous ne pouvons à l'heure actuelle mesurer l'impact, nous semble un risque très fort.

Il était, certes nécessaire, de sensibiliser les médecins au fait qu'être dans la demande de toujours plus de moyens, plus de matériel n'est plus acceptable. Ils avaient à intégrer que le temps est révolu où tous les projets cliniques pensés et souhaités peuvent voir le jour. Mais aujourd'hui, cette acculturation économique financière est faite, le message est entendu. Il nous semble important de redonner du dynamisme et de la motivation, en mettant en place des conditions favorables à un leadership clinique, garantie d'une recherche constante de qualité d'accueil des usagers et d'une prise en charge individuelle et de soin en conformité avec l'art et les pratiques internationalement reconnus. Ceci dans le cadre d'une démarche qui ne se contente pas d'être normalisée et «normalisante», mais une démarche qualité vécue à la fois comme intégrée (où chaque soignant se sent partie prenante), et comme un processus vivant, où dysfonctionnements et erreurs sont pris en compte comme de réelles sources d'apprentissage au quotidien.

Le troisième groupe professionnel, celui des paramédicaux, n'a pas le pouvoir ou le contre-pouvoir reconnu au corps médical, mais il est, en nombre, le groupe le plus important. Il est, lui, en mesure de développer un leadership du « *care* ». Le « *care* » qui nécessite des qualités d'écoute, d'attention spontanée à l'autre, ne peut que nourrir la reconnaissance mutuelle, dont nous avons vu la demande affirmée, à travers à la fois les études sur les conditions de travail et les entretiens réalisés. Le « *care* » dans les soins mais aussi dans les relations interpersonnelles professionnelles et hiérarchiques est le fondement du développement de la confiance en soi, de la confiance mutuelle, mais aussi d'une certaine responsabilité.

Nous retrouvons les caractéristiques de la posture managériale éthique que met en avant le corps d'encadrement soignant dans le concept de leadership dénommé « *servant leadership* ».²¹³ Ce modèle, comme nous l'avons vu dans notre approche conceptuelle se différencie très largement des modèles habituels de leadership. Le leadership du manager provient ici de sa posture, de l'attention particulière aux collaborateurs, d'écoute attentive,

²¹³ Terme créé par Greenleaf, en 1970

de soutien et de conseil, d'accompagnement individuel pour une transformation et potentialisation des compétences, d'encouragement à des relations de coopération et de recherche d'un consensus créatif. Les caractéristiques personnelles y sont l'humilité, la simplicité, l'exemplarité et une forte maîtrise de l'égo personnel. Cette philosophie s'oppose à celle d'un management hiérarchique et cloisonné ; il est un paradigme alternatif innovant qui permet de mieux mobiliser les potentiel de talents des collaborateurs et de réduire les dysfonctionnements. Elle peut être considérée comme amenant des pratiques managériales humanistes et éthiques et contribuer ainsi à favoriser la « reliance » entre efficacité économique des entreprises et le bien-être au travail.

Or nous avons posé dès le départ le postulat qu'il ne s'agit pas pour nous à travers des recommandations possibles d'opposer des finalités, des valeurs, des pouvoirs, mais bien de les réfléchir en interactions et richesses complémentaires, dans un cadre de « reliance ».

4. LE PROJET MANAGERIAL UN OUTIL POUR FAVORISER L'INTEGRATION D'UNE ETHIQUE DU « CARE »

4.1. Le projet managérial pour définir et poser des valeurs fortes managériales

A l'instar de certaines entreprises qui élaborent une charte éthique pour se prémunir des effets délétères que peut produire, sur les parties prenantes internes (employés) et externes (clients, fournisseurs...) une recherche de développement purement économique, nous pensons que l'hôpital a à interroger les valeurs humanistes qu'il veut continuer à promouvoir.

Il ne s'agit pas, de se contenter d'afficher quelques valeurs et de simplement élaborer et montrer à voir une charte éthique, mais vraiment de penser et faire vivre un projet éthique qui doit venir de l'ensemble de l'équipe managériale.

Il existe déjà de nombreuses chartes éthiques pour signifier l'attitude et les comportements attendus des professionnels soignants et non soignants vis-à-vis des usagers : charte du patient hospitalisé, charte de bientraitance de la personne âgée...

Dans une recherche de cohérence, pour que les agents et les professionnels qui accueillent soient « bientraitants », il est indispensable qu'ils se sentent eux-mêmes « bien traités » par l'institution et leurs managers.

Aujourd'hui, on retrouve dans la plupart des projets formalisés, la référence faite à des valeurs : projet d'établissement et médical, projet de soins, projet social, projet de pôle... Mais ces valeurs explicitées restent donc éclatées dans différents documents et font très rarement l'objet d'un consensus interprofessionnel.

De plus, ce n'est qu'exceptionnellement que ces valeurs sont explicitées et traduites en règles ou principes de fonctionnement. Or la valeur, aussi belle soit-elle, reste un vœu pieux si elle ne donne pas naissance à des principes de fonctionnement. Ce sont les principes de fonctionnement (comportements observables), issus des valeurs, qui deviennent des repères

et des guides, aussi bien pour les grandes décisions à prendre que pour celles, d'apparence plus modeste, qui font le quotidien du manager.

Le projet managérial, introduit par le rapport de Chantal de Singly, peut être une opportunité pour penser et partager les valeurs managériales sur lesquelles, directions et encadrement peuvent inscrire leur modèle de management. La déclinaison de ces valeurs en principes de fonctionnement opérationnels devient alors, un référentiel collectif et partagé de pratiques managériales. En capter la nécessité ne doit pas faire perdre de vue non plus la singularité de certaines situations managériales : *« Certes, pour être professionnel, on accepte ou on pose des éléments d'une "déontologie" qui servent de cadre pour assurer le bel ouvrage : des critères pour réaliser ses missions, on est très proche alors des démarches qualité. Mais on se pose des questions éthiques quand la morale ordinaire et la déontologie ne suffisent plus. La dimension éthique jaillit quand la déontologie (cette morale professionnelle) est en défaut, dans cette situation où on doit pourtant faire face »*²¹⁴ (Vial, 2004)

Le propre de l'hôpital est d'avoir une mission à caractère humaniste et il est important que ceux qui sont au plus près des patients et de leurs proches ne perdent pas cette dimension. Au-delà du caractère de plus en plus technique des soins et des impératifs économiques, pour rendre viable notre système de santé, le « care » est cette attitude visible à travers des comportements managériaux particuliers et un agir spécifique. Il ne s'agit pas d'une valeur affichée, pour faire valoir un management humaniste, mais bien, d'un ensemble de petits gestes et d'attentions qui vont du simple « bonjour » à une prise en considération attentive et authentique de l'autre sur un plan personnel et professionnel.

Nous pourrions dire qu'un modèle particulier de leadership basé sur une éthique du care est présent au sein de l'hôpital. Que jusqu'à présent ce modèle ne s'est pas vraiment affirmé parce qu'il n'est pas porté par des acteurs ayant un fort pouvoir. Mais il peut vraiment être considéré avec attention, dans le contexte actuel, comme la nécessité d'un garde-fou par rapport à l'importation d'un système de pilotage s'inspirant de l'entreprise et du monde industriel, avec le risque d'oublier la mission très spécifiquement humaine de l'hôpital et le malaise professionnel exprimé par la montée en puissance de la souffrance au travail, des risques psychosociaux et de l'épuisement professionnel. Un modèle de management qui s'appuierait sur « une éthique du care » peut contribuer à protéger les professionnels

²¹⁴ Vial, M. (2004) Des contradictions de l'évaluation dans l'intervention : vers une éthique du sujet dans l'activité. Conférence à la journée d'étude de l'équipe PROFEOR, axe Education, orientation, Santé : Développement durable et éthique de l'intervention éducative dans le champ de la santé. Université de Lille 3

hospitaliers, à tous les niveaux d'une perte de sens et de repères amenée par le Nouveau Management Public.

Nous tentons dans le tableau ci-après à partir des trois niveaux que peuvent être le sens (pour quoi, la direction), le processus (comment) et le contenu (quoi, caractéristique) de définir ce management qui prendrait appui sur une « *éthique du care* ». Ceci en l'interrogeant ou en nous appuyant sur le concept d' « *éthique du care* » et du modèle de « *servant leadership* » tels que nous avons pu les retrouver dans la littérature.

Tableau n°8 : Les trois niveaux « Sens, Processus, Contenu » d'une éthique du care » dans le management

Niveaux	Management par une « éthique du care »	Verbatim explicitant
Sens : ce qui est visé	<p>Maintenir ou ramener « l'humanité » à l'hôpital</p> <p>Prévenir les impacts délétères du NMP</p>	<p>« Tu peux prendre soin de l'autre...l'hôpital est vecteur de croyances partagées sources d'humanisme, je ne peux pas être dans un contexte de marchandisation » DGA</p>
Processus : ce qui est à faire	<p>Permettre à l'encadrement paramédical de proximité, intermédiaire et à la direction des soins, de conscientiser cette éthique du care, de la valoriser dans leur management, de la promouvoir</p>	<p>« Je suis restée soignante, ne pas renier le soin pour le pouvoir de directeur » DS</p> <p>« Le concept de care est inclus dans le projet de soins, le travail du cadre c'est de prendre soin de l'équipe, mais c'est une particularité de la culture soignante, pas de la culture logistique administrative » CSS</p>
Contenu : ce qui sera obtenu	<p>Des valeurs du « care », affichées, formalisées, explicitées</p> <p>Une posture managériale d'attention, d'écoute, de soutien et d'accompagnement, de reconnaissance</p> <p>Des modes relationnels, et de contractualisation basés sur « une éthique du care » et sur l'empowerment</p> <p>Des organisations pensées et mises en œuvre dans le cadre « d'une éthique du care »</p>	<p>« J'aurais aimé trouver une reconnaissance de ce qui est fait... le milieu hospitalier je ne voudrais pas y revenir pour rien au monde » (femme médecin)</p> <p>« Ce n'est pas utiliser le poste qu'on a pour prendre des décisions à l'arrache, mais permettre aux personnels d'intégrer, d'être d'accord avec la décision, ne pas faire de tort, en respectant les besoins de l'établissement, mais en première intention écouter la demande de la personne » DS</p>

4.2. Quelques premières expériences hospitalières d'élaboration et mise en œuvre d'un projet managérial

Quelques hôpitaux se sont lancés dans cette expérience de projet managérial. Ainsi, nous avons pu recueillir le témoignage d'un membre de comité de pilotage d'un tel projet dans un CHU.

A l'origine de ce projet, trois raisons sont évoquées:

- des difficultés récurrentes exprimées par les cadres et mises en exergue par un audit,
- le déménagement dans de nouveaux bâtiments,
- la nécessité de retour à l'équilibre sur le plan financier, créant un climat anxieux.

Le projet managérial piloté par le directeur général auxquels étaient associés la direction des ressources humaines, la direction des soins, deux cadres supérieurs et deux cadres de proximité, a développé quatre grands axes : la proposition d'une formation longue modulaire et à la « carte » pour les cadres, un référentiel métier des cadres, une « charte sociale et éthique » et des journées annuelles pour les managers. La première journée pour les managers s'est déroulée en 2009, à l'extérieur des murs de l'hôpital et proposait différents ateliers de réflexion.

Dans la « charte sociale et éthique », en préambule, nous retrouvons des valeurs humanistes promues, l'importance du dialogue et l'affirmation que la recherche de cohésion et d'un climat de travail propice participent à assurer un service public efficient et capable de s'adapter aux besoins.

«L'objet de la charte est de favoriser la confiance, le respect mutuel dans un environnement de travail où toutes les formes de discrimination et de harcèlement sont combattues. Elle met en valeur la volonté d'engager une démarche socialement responsable et un dialogue social constructif à tous les niveaux. Elle est le gage d'une cohésion sociale, économique et culturelle indispensable pour assurer un service public forcément en évolution pour s'adapter aux besoins des patients. Le développement d'un climat de travail propice à l'efficacité du CHU, aux progrès sociaux et à l'épanouissement de chacun, exige des efforts continus, une coopération et un engagement de tous ».

Cette charte décline neuf principes, faisant référence: à la non tolérance de discrimination, au respect entre professionnels, à la sécurité au travail, à l'exemplarité et au courage dans le management.

Aujourd'hui le référentiel métier est toujours un support opérationnel. La « charte sociale et éthique » qui pose des principes de fonctionnement et les engagements de la direction, est présentée et diffusée à l'ensemble des cadres ; elle est disponible sur intranet et est rappelée régulièrement à l'ensemble des cadres. Elle a aussi depuis 2009 été revue et réajustée. Lors de l'entretien, la directrice interviewée, exprimait le côté innovant de la démarche en lien avec la personnalité et le leadership du directeur général, en ces termes «*Beaucoup de choses reposaient sur l'homme qu'il était, sa conception du management et son humanisme* ». Parallèlement le projet social et le projet de soins comportaient un volet management.

Dans le cadre de la journée d'étude sur le thème « Ethique et GRH » organisée le 27 janvier 2012, il était signalé, comme un fait plutôt nouveau, que le directeur du CHS de Montesson construisait au sein même de son projet d'établissement « un projet managérial avec une charte managériale ». ²¹⁵

²¹⁵ Ce fait est relaté dans Hospimédia du 01/02/2012, le directeur nommé est T. Roussel , directeur du CHS de Montesson et vice-président de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux

Conclusion du chapitre 7

Pour traverser la crise actuelle à l'hôpital, nous plébiscitons un modèle éthique qui intègre « *The care* ». Dans ce lieu, par définition « d'hospitalité » et « d'humanité », qu'est l'hôpital, le garde-fou d'un risque de rationalisation à outrance de son système de pilotage et de gestion, y compris de ses ressources humaines n'est-t-il pas d'y promouvoir une éthique managériale du prendre soin ?

Alors que dans les entreprises la question de l'éthique, ou de la RSE (Responsabilité Sociétale d'Entreprise), a fait son apparition ces dernières années, et qu'il pourrait être transposable à l'hôpital, nous avons souhaité nous centrer plus spécifiquement sur une forme d'éthique particulière, « *l'éthique du care* ». Notre parcours professionnel, n'est certes pas étranger à ce choix, « le care » étant un concept important pour les soins et la relation de soin.

Le « *care* » est un principe, une valeur qui est promue au cœur de la relation de soin. A la fois attention particulière et sollicitude, le « care » désigne une manière d'accueillir autrui avec le dessein d'être dans le prendre soin. Cette attitude est le fondement de la « bienveillance », concept largement développé aux cours de la dernière décennie pour contrer les comportements maltraitants de soignants ou pouvant potentiellement le devenir. Cette bienveillance de la relation des soins nous la préconisons pour l'ensemble des relations interprofessionnelles y compris entre subordonnés et supérieur hiérarchique. En effet il nous semble aberrant, ou tout au moins faire preuve d'incohérence, d'afficher une charte de bienveillance sensée orienter les soignants dans leur comportement vis-à-vis des soignés et de considérer qu'il n'y a pas une vigilance forte à avoir pour promouvoir la bienveillance dans les relations interprofessionnelles.

Aussi, nous préconisons que cette attitude valorisée dans les relations de soins soient aussi mise en valeur dans la posture managériale. Nous postulons qu'au-delà des différentes compétences en gestion et techniques de management, la posture éthique du manager est essentielle et participe pleinement à la performance tant recherchée. La qualité des soins résulte certes de professionnels techniquement compétents mais aussi en capacité de mobiliser empathie et « care about ». La promotion de soins bien traitants nécessite que tout professionnel développe la confiance en soi, ressente une confiance mutuelle et un sentiment

plus global de bienveillance lui-même induit par la perception d'être reconnu par ses pairs, ses collaborateurs et par sa hiérarchie.

Nous avons cherché comment cette « éthique du care » peut naître et s'épanouir à l'hôpital, aujourd'hui pour imprégner son pilotage et les pratiques managériales. Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management : le niveau de la personne pour un « care about » qui soit attention à l'autre en tant qu'être singulier, le niveau professionnel avec un « *care about* » ou attention aux compétences et aux talents individuels, le niveau de l'équipe avec un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun, enfin le niveau de l'implication dans les projets à la recherche du juste engagement de chacun.

Les résultats de notre étude nous amènent à constater que « *the care* » n'est pas une valeur partagée par les différents mondes de l'hôpital. Elle émane de manière forte du groupe des paramédicaux. Ce groupe peut être considéré, de par son nombre de professionnels œuvrant à l'hôpital, comme fortement représentatif. Nous avons vu que les cadres issus de ces métiers semblent garder cette valeur du « *care* » et vouloir continuer à la faire vivre dans leurs pratiques managériales. Par contre ils ne se sentent pas forcément légitimes ou en capacité de l'argumenter si elle n'est pas reconnue et valorisée par les deux autres mondes importants de l'organisation hospitalière que sont le monde administratif et le monde médical. Aussi nous mettons en avant l'importance pour l'encadrement et la direction des soins de croire à cette « *éthique du care* ». Ils sont les managers qui peuvent contaminer la gouvernance hospitalière pour qu'elle intègre ce « *care* ». Ceci, afin que « *the care* » reste une valeur forte qui imprègne toute relation, qu'elle s'initie entre le soignant et le patient, entre collaborateurs ou entre le hiérarchique et son subordonné. « *the care* », fortement ancré dans les valeurs soignantes et « l'éthique du care » implicitement présente aujourd'hui dans l'encadrement et la direction des soins peut devenir un principe pertinent pour prévenir l'épuisement professionnel dont on constate un développement fort ces dernières années et pour encourager chaque talent à s'exprimer et permettre l'expression optimale des compétences individuelles. Nous avons insisté sur l'opportunité que représentent l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet managérial pour instituer et faire vivre une « *éthique du care* ». Ce projet managérial est à impulser par la direction générale.

Chapitre 8 : RECOMMANDATIONS ET MODELISATION DU SYSTEME DE PILOTAGE PAR LE CARE

Introduction chapitre 8

A côté de cette démarche collégiale que peut représenter le projet managérial, chaque manager a à appréhender la dimension éthique du management, à développer une posture et un leadership éthiques. La formation permet de découvrir, d'enrichir ses connaissances, d'acquérir des savoir-faire pour instaurer et/ou consolider la mise en œuvre d'une démarche éthique, à la fois pour le manager lui-même et aussi avec l'équipe.

Le coaching favorise lui, le travail réflexif, la prise de recul, l'interrogation toujours nécessaire sur soi, sur sa posture et son impact sur les agents. Il aide à élever son regard du « contenu » de la situation, au « processus » mis en œuvre et surtout aide à reposer toujours le Sens. Et c'est bien accéder au SENS des choix, des décisions et des pratiques, que vise l'éthique.

Ceci dans un souci permanent de décloisonnement, de cohérence, de fluidité d'adaptation à un monde qui bouge, qui bouge très vite. L'éthique est un espace où tous les acteurs, les professionnels de l'hôpital peuvent se retrouver, pour poser, confronter, faire vivre des valeurs fortes et fédératrices.

L'éthique managériale est cette boussole, indispensable, qui questionne et oriente toujours vers le SENS, pour toujours plus d'humanité.

1. Formation sensibilisation à l'Éthique

1.1. Formation pour sensibiliser à l'éthique managériale

Ces dernières années, est constatée, une intégration assez forte et constante, dans les plans de formations hospitaliers, de formations sur l'éthique et la démarche éthique. Celles-ci s'adressent aux équipes médicales et paramédicales, de spécialités telles que la réanimation, la pédiatrie, ou bien à la demande de la direction dans le cadre du projet de mise en place d'un comité éthique. Plus récemment, un intérêt se manifeste pour les formations proposées relativement à l'éthique managériale, ou à la posture éthique du manager.

Ces formations proposent une réflexion et des apports sur l'origine et la définition de l'éthique, le développement des éthiques appliquées dont l'éthique managériale, ainsi que sur les caractéristiques d'une posture éthique managériale et sur les impacts d'un management éthique sur les comportements des agents et sur le travail.

On peut supposer que ces formations, en permettant le questionnement sur le bien-fondé de positionnements et comportements managériaux éthiques et de leurs impacts sur les subordonnés, vont contribuer à nourrir le désir d'aller plus loin dans cette démarche, à la fois à un niveau individuel et collectif.

Au niveau individuel, le coaching peut aider les managers dans des situations complexes, sensibles voire délétères, dans des situations d'injonctions paradoxales et/ou lors projets de transformations (ou de fusion) pouvant être perçus, comme violences à leur rencontre par les agents...

Au niveau collectif, la sensibilisation à l'éthique managériale peut impulser le projet d'explicitation des valeurs managériales partagées, par le biais de l'élaboration d'une charte managériale ou même la constitution d'un réel projet managérial.

1.2. L'éthique à l'hôpital : le développement de comités éthiques

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux dans les années 1970-1980, les comités éthiques ont fait leur apparition. Promu par la loi des droits des malades du 4 mars 2002, le comité éthique examine tout un ensemble de pratiques telles que la réanimation néonatale, l'équité des soins, la fin de vie: l'euthanasie, l'acharnement thérapeutique... Le comité est constitué de professionnels de l'établissement (direction, médecins, paramédicaux...) et s'enrichit de personnalités extérieures, issues de disciplines telles que le droit, la philosophie, la psychologie et la sociologie.

Il est à noter que certains hôpitaux sollicitent ces comités pour des situations institutionnelles autres que cliniques. Ainsi, par exemple, l'hôpital de Roubaix informe qu'il s'est doté de comités éthiques ayant: *« pour but de réfléchir, échanger, informer sur toute question concernant l'éthique hospitalière... Le Comité peut être interrogé à propos de situations individuelles par des personnes participant au fonctionnement de l'institution...peut traiter de questions plus générales ainsi que des choix institutionnels donnant lieu à des questionnements éthiques. Il peut formuler des propositions à ce sujet ».*

S'il n'est pas fait référence ici, de manière explicite, à la sollicitation du comité éthique pour des dilemmes éthiques managériaux, nous pouvons supposer qu'à travers ce qui est indiqué comme « choix institutionnel donnant lieu à des questionnements éthiques » nous en sommes très proches.

2. Accompagnement et formation action pour la mise en œuvre d'outils pour une éthique managériale

2.1. L'élaboration et mise en œuvre d'une charte éthique managériale

L'élaboration d'une charte éthique managériale peut tout à fait se concevoir avec les ressources internes. Toutefois l'appel à un intervenant extérieur peut être aidant. Sa neutralité, son extériorité par rapport à la culture institutionnelle permet de pointer les cécités institutionnelles relatives à l'organisation, au fonctionnement et/ou aux modes relationnels instaurés.

L'intervenant extérieur apporte et devient garant de la méthodologie. Il anime les débats cognitifs et cherche la synthèse là où apparaissent les oppositions.

L'élaboration d'une charte managériale à partir de valeurs partagées permet la déclinaison de principes de fonctionnement managériaux. Cependant, il s'agit de définir quelle « vie » va être accordée à cette charte. Autrement dit, comment individuellement et collectivement, l'ensemble de l'encadrement et de la direction va l'utiliser pour instaurer « *plus d'éthique* » dans leurs pratiques managériales. Le pire des risques étant, bien évidemment, d'en faire un beau document qui va rejoindre un dossier ou un tiroir, ou être affiché pour ne plus être regardé.

Une charte éthique managériale « vivante » est une charte qui permet l'auto ou l'hétéro évaluation, qui autorise de vrais et pertinents questionnements en situations, et qui aide à faire des choix, à prendre des décisions. Elle s'apparente ainsi à l'émission de règles déontologiques.

2.2. L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet managérial : intégration du *care*

Il en est de même pour le projet managérial, l'accompagnement extérieur n'est pas une nécessité, mais peut être une véritable aide méthodologique.

Introduit, comme nous l'avons précédemment vu, par le rapport de Chantal de Singly, le projet managérial reste encore de l'ordre d'expériences institutionnelles récentes.

Certaines ébauches se font en parallèle du projet social, ou du projet de soins, ce qui n'était pas la préconisation du rapport ; celui-ci, précisait bien, sa nécessaire conception à côté et avec le projet d'établissement. Il semble fondamental qu'il soit impulsé par la direction générale et pas par la direction des ressources humaines ou la direction des soins, comme cela peut parfois être tenté. Car, dans ces situations, le projet managérial n'est élaboré et mis en œuvre que par une partie de la direction et de l'encadrement. Ceci ne peut qu'engendrer ou renforcer des cloisonnements.

Le projet managérial, s'il intègre de fait les valeurs managériales et la charte, autorise à aller bien au-delà. Les principes managériaux partagés qu'il décline, passent de vœux formulés, à de véritables objectifs comportementaux opérationnels, visant un management plus juste et humain.

C'est la reconnaissance de l'importance du « care » dans le management de l'encadrement des soins et de sa direction qui donnera une place privilégiée à « *l'éthique de care* » dans la charte et le projet managérial. Si, comme notre étude veut le montrer, le « care » est avant tout une valeur soignante, qui a pris une place importante dans l'identité du personnel encadrant et dirigeant les services de soins, ce sont les directions de soins et l'encadrement soignant qui ont à le promouvoir dans le pilotage et le management de l'hôpital.

Ceci se fera, s'il y a conscientisation de l'importance de cette valeur dans la posture et les pratiques managériales de ces managers soignants. Au-delà de cette prise de conscience, un positionnement de ce corps de managers est nécessaire, pour permettre la « contamination » de l'ensemble de l'équipe de direction et d'encadrement y compris les nouveaux chefs de pôles. En effet, il semble que bien que représentant un groupe important en nombre d'encadrants, ce n'est pas un groupe très solidaire et de fort pouvoir. S'il est capable de

partager son éthique avec des pairs, il peut adopter une posture « de soumission » (dépendance soumise) face à la direction ou au corps médical et ne pas se positionner pour mettre en avant ses valeurs et en argumenter le bien-fondé dans le cadre du management des équipes de soins. S'ils cherchent dans le même temps à se mettre au service de la « *machine à gestion* » (Detchessahar, 2012), les cadres de santé sont en fort risque de se retrouver en grande souffrance éthique.

Le contexte de souffrance au travail exprimé, la sensibilité accordée, actuellement dans les hôpitaux aux risques psychosociaux nous semblent être un contexte porteur. En effet, ce contexte peut faire naître une volonté collective d'instaurer un management portant comme valeur le prendre soin des équipes ainsi qu'entre pairs ou entre professionnels de métiers différents. Il ne s'agit pas de promouvoir un management « maternant » ou « affectif », mais de rechercher la congruence entre l'attitude relationnelle valorisée entre professionnels et des soins aux patients voulus bien traitants.

3. Coaching et *mentoring* : posture éthique et éthique du care

Les managers à l'hôpital ont des bagages en formation initiale assez divers. Les directeurs de formation initiale juridique ou économique, ont fait « l'école de Rennes » (aujourd'hui EHESP : Ecole de Hautes Etudes de Santé Publique), ainsi que les directions de soins mais sur un cursus de un an soumis à un concours préalable.

Les cadres de santé ont bénéficié d'une année de formation (sur concours également) dans un Institut de Formation de Cadres de Santé (IFCS), aujourd'hui en partenariat avec une université pour validation d'un master. Les cadres administratifs et logistiques ont été nommés pour la grande majorité sans formation spécifique. Quant aux chefs de pôles qui ont rejoint depuis peu les rangs des managers de l'hôpital, ils n'ont aucune base de management. Le programme (arrêté de février 2010), créé à leur intention, suite à la réforme de 2005, est sensé leur permettre, sur 60 heures (durée minimale) d'acquérir les fondamentaux du

pilotage de leur pôle et du management des équipes. Cette formation n'a été suivie que par 8% des chefs de pôle en 2010.²¹⁶

En management, la formation continue atteint souvent ses limites. Sur des temps de plus en plus courts, l'apport de concepts, qu'ils soient nouveaux ou rappels de connaissances, ne suffit pas à développer vraiment les compétences managériales attendues aujourd'hui. Elle participe, toutefois, à prendre du recul avec les pratiques quotidiennes, les interroger et les confronter avec celles des collègues. Ce sont, souvent, les bénéfices premiers qui ressortent des évaluations de fin de formation.

Le coaching favorise lui, le travail réflexif, la prise de recul, l'interrogation toujours nécessaire sur soi, sur sa posture et ses impacts sur les agents. Il aide à élever son regard du « contenu » de la situation au « processus » mis en œuvre et surtout aide à reposer toujours le sens des actions et des décisions. Et c'est bien accéder au sens des choix et des décisions qu'amène, aussi, l'éthique.

Le coaching jusqu'à présent, était regardé, à l'hôpital, de manière assez suspicieuse. Mais, là aussi, les représentations commencent à évoluer et même si cela reste encore à faible échelle, dirigeants et cadres ne rejettent plus l'idée du coaching, voire l'adoptent.

Le document publié par le DGAFP (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique) sur le coaching, en 2011,²¹⁷ même s'il n'a pas été créé avec la participation de la fonction publique hospitalière, contribuera certainement à démystifier le coaching.

²¹⁶ Résultats de l'enquête nationale, gouvernance hospitalière, juillet 2011

²¹⁷ DGAF, Le coaching professionnel dans la fonction publique, 8 décembre 2011

Conclusion du chapitre 8

Au-delà d'une valeur du « *care* » dont notre étude nous a permis d'identifier la présence dans l'identité affirmée de l'encadrement soignant, la réflexion autour d'une éthique managériale reste balbutiante à l'hôpital. Certes, l'attachement aux valeurs de service public hospitalier est affirmé en particulier par les directions générales et les médecins, mais encore peu d'hôpitaux se sont lancés dans un véritable projet managérial.

Le projet managérial peut vraiment être l'opportunité d'une réflexion collégiale sur les valeurs éthiques et les principes de fonctionnement sur lesquels asseoir des pratiques managériales où les personnes au travail puissent être considérés avec bienveillance comme il est attendu d'eux qu'ils soient bien traitants vis-à-vis des patients accueillis.

La nécessaire question de l'éthique dans les soins, de l'éthique face à certaines situations cliniques et dans le cadre de décisions médicales est aujourd'hui de fait à l'hôpital. L'étendre à une réflexion plus large sur les relations au sein des équipes, entre professionnels de culture et métiers différents et dans le mode de management est un chantier qui s'ouvre et a certainement un avenir important devant lui.

Formation et conseil peuvent accompagner individuellement et collectivement afin de développer une véritable culture de l'éthique à tous les niveaux. Le coaching contribue plus à des évolutions individuelles et comportementales des managers. Il vient interpeller le manager dans ses différentes « enveloppes identitaires », personnelle, relationnelle, managériale, mais aussi dans son rapport à l'équipe et à l'institution dans son histoire, sa culture sa vision.

Chapitre 9 : VERS UNE MODELISATION DE L'ETHIQUE DU *CARE* A L'HOPITAL

Introduction chapitre 9

Nous nous appuyons sur le modèle des neuf niveaux, décrit par Boulding, pour décrire le processus d'un développement d'une « éthique du care » pour piloter l'hôpital à travers les crises actuelles et le conduire vers une résilience de type 2.

Ces neuf niveaux correspondent à des étapes possibles. Des étapes qui semblent pertinentes dans leurs articulations, chaque étape permettant l'émergence d'une autre, d'un niveau supérieur dans une sorte de morphogénèse, où le phénomène décrit se complexifie progressivement (Le Moigne, 1990).²¹⁸

1.1. Le phénomène est identifiable : l'éthique du *care* existe à l'hôpital

Le premier niveau correspond à l'identification du phénomène. Il y a une perception première de l'identité du phénomène. Le phénomène est identifiable et différenciable de son environnement.

Nous pouvons dire pour le phénomène étudié de l'éthique du « *care* » que le phénomène est identifiable au sein de l'équipe des cadres de santé et de la direction des soins dans la manière dont ils explicitent leur éthique managériale, leur attitude et leurs valeurs.

Si le « *care* » est une aptitude liée à la féminité, il serait intéressant, dans le cadre de nouvelles études de recherche, d'évaluer si l'évolution vers une direction paritaire et le pilotage d'un établissement par une directrice contribuent à un management plus attentif à l'autre, si la sollicitude et le prendre soin sont plus présents à tous les niveaux hiérarchiques. Cette question pourrait aussi faire l'objet d'une étude portant sur la féminisation du corps médical et l'évolution des relations professionnelles de médecins, entre eux, et des médecins avec les directions et les autres professions soignantes non médicales.

²¹⁸ Le Moigne, J.-L., (1990), *La modélisation des systèmes complexes*, Afcet Systèmes, Dunod, Paris.

La féminisation des postes ayant un fort pouvoir dans le pilotage et l'organisation institutionnelle participe-t-elle à favoriser la contamination d'une « éthique du care » au sein de l'ensemble des équipes de direction et d'encadrement ?

1.2. Le phénomène est actif : le *care* ou prendre soin est donné comme une valeur managériale

A ce niveau le phénomène identifié est perçu comme actif, il est remarqué parce qu'il fait quelque chose.

Ce niveau peut correspondre au fait que le « care », ou le « prendre soin », est vraiment conscientisé comme une valeur managériale importante. Cette valeur est inscrite dans des projets tels que le projet de soins. Elle impacte les comportements et les pratiques managériales. Ceci est vérifiable, dans un premier temps, pour l'ensemble des cadres et des directions soignantes. Cette éthique du *care*, en s'affirmant comme favorable à de meilleures conditions de travail et à une reconnaissance des professionnels au travail, est reconnue pour ses effets en terme d'engagement, de qualité de travail réalisé, voire aussi dans son potentiel à fidéliser le personnel.

Le phénomène dont l'émergence se fait au niveau de la direction des soins et de l'encadrement soignant tend à gagner (ou « contaminer ») les autres managers. Cette étape nécessite dans un premier temps, que le groupe de managers, pour qui le prendre soin des équipes est une valeur de base, soit en capacité de prendre conscience de son bien-fondé et des impacts positifs de cette valeur sur les équipes qu'ils managent. Cela signifie, aussi, qu'ils deviennent les avocats convainquants capables de plaider auprès de leurs collègues et directions afin que cette posture éthique devienne une posture managériale partagée.

1.3. Le phénomène est régulé : le *care* est décliné en principes de fonctionnement opérationnels

A ce niveau, outre la régularité et la stabilité du phénomène, un système de régulation interne est présent.

La stabilité peut être amenée par l'élaboration d'une charte managériale institutionnelle voire même un projet managérial dont la mise en œuvre va être suivie. Ce projet managérial met bien en concordance une attitude portée par « le care » avec les cinq fonctions managériales : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.

Ce travail de réflexion et d'explicitation de principes de fonctionnement et de pratiques managériales à promouvoir peut être complété par l'articulation entre rôle et « *care* ». Ainsi, par exemple, en s'appuyant sur les dix rôles du manager décrits par Mintzberg, on peut interroger et spécifier: qu'est-ce qui fera, qu'est-ce qui permettra de dire que « *le care* » est investi ou mobilisé dans la manière dont ce rôle est habité par le manager ?

C'est le temps accordé à cette réflexion et à la confrontation des représentations et conceptions des différents managers de l'équipe, qui contribuera à engendrer une véritable vision partagée d'un management qui promeut une « *éthique du care* » et la rend viable.

Les critères et indicateurs de suivi de la mise en œuvre du projet, ou l'évaluation des résultats, deviennent alors les manifestations de la régulation du phénomène « *éthique du care* ».

Ce sujet-ci, peut être un axe potentiel de recherche longitudinale pour suivre la mise en œuvre d'un projet managérial et en évaluer les impacts sur l'attractivité de l'hôpital, la fidélisation du personnel, les conditions de travail, et/ou les effets en retour, sur la qualité des soins en termes de satisfaction des usagers mais également d'efficience.

1.4. Le phénomène s'informe sur son propre comportement : les impacts d'un management par le « care » sont identifiés

L'émergence de l'information dans ce processus de complexification du système est justifiée comme nécessaire pour assurer l'intermédiation de la régulation. Cette émergence d'information constitue une étape, un « saut » dans la complexification présumée du système modélisé (Le Moigne, 1999).²¹⁹

Ce niveau de recherche d'informations dans le cadre d'un besoin de régulation, pourrait correspondre à l'évaluation d'impacts du care, in situ. La recherche d'indicateurs ou clignotants permettrait, pour le pilote et les managers, d'avoir des retours concrets de l'influence de l'éthique du « care » sur les subordonnés, leurs comportements et le travail réalisé.

On pourrait, aussi, s'intéresser aux impacts d'un management intégrant le « care », sur l'estime de soi, des managers eux-mêmes, Ceci, correspond au quatrième niveau du « care », soit le « *care-receiving* », c'est-à-dire le fait de recevoir de la considération, de l'attention et du soin soi-même, en retour du souci des autres et du prendre soin mobilisés (Molinier, Laugier, Paperman, 2009).²²⁰

1.5. Le phénomène se complexifie en système capable de décider : le care devient élément identitaire

A ce niveau, le système élabore ses propres décisions et détermine ses comportements.

A ce stade, il peut être considéré que « *l'éthique du care* », n'est plus une philosophie « parallèle » mais qu'elle est réellement investie et considérée comme un véritable levier managérial, ou une posture managériale valorisée.

²¹⁹ Op. Cit. p. 60

²²⁰ Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P., (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Editions Payot, Paris. p. 77

Le « *care* » dans le management fait alors vraiment l'objet d'une attention à tous les niveaux et des décisions sont prises à l'aune d'une éthique du *care*.

Dans l'intégration de nouveaux managers, le « *care* » et « l'éthique du *care* » leur sont explicités et deviennent des éléments de socialisation du professionnel accueilli.

Le « *care* » devient élément constitutif de l'identité managériale.

1.6. Le système mémorise: le manager mobilise une « éthique du *care* » sur les bases de son expérience

A ce niveau, il est considéré que le système ne se contente plus de prendre en compte les informations instantanées mais qu'il considère les informations mémorisées. Nous pouvons dire que l'action du présent s'appuie sur les expériences antérieures. Certains comportements s'inspirent de situations plus anciennes dont l'impact et la pertinence ont pu être analysés.

Les situations managériales qui ont mobilisé « *care* » et « *éthique du care* », sont analysées individuellement, et peuvent l'être, aussi, dans le cadre de groupe d'analyse des pratiques managériales. L'objectif est de formuler des hypothèses de compréhension nouvelle sur les situations vécues, ainsi que des alternatives d'actions à celles qui ont pu être choisies dans la situation traitée.

Un véritable travail collectif de réflexion se met en place pour analyser des situations managériales et en tirer un enseignement.

1.7. Le système coordonne ses décisions d'action : l'éthique du *care* est un élément culturel

La coordination des nombreuses décisions, prises à différents niveaux, se met en place.

Des principes et règles relatives à une « *éthique du care* », promue dans le pilotage de l'hôpital et dans le management des hommes et femmes, sont actifs. Ils sont implicites ou explicites mais font partie d'une véritable culture managériale.

C'est aussi à ce niveau, que l'on pourrait voir apparaître la sollicitation du comité éthique, dans des prises de décisions ou lors de situations soulevant un dilemme éthique.

La congruence ou l'alignement entre bienveillance dans les soins au patient et bienveillance managériale est manifeste, ainsi que le sont ses effets sur la performance.

1.8. Le système innove : l'éthique du *care* participe à l'émergence du « rapport de flux »

A ce niveau, le système a pris de l'assurance, il est fonctionnel et opérationnel, il peut être capable d'élaborer de nouvelles formes d'actions. Il est en capacité d'imaginer et d'innover.

« *L'éthique du care* » intervient dans la gouvernance de l'hôpital, le leadership se transforme, vers un modèle humaniste, visant « *sensemaking* » et transformation. L'attention à l'autre contribue à conduire les changements en s'appuyant sur les informations du contexte et sur les énergies présentes.

Les « rapports de force » entre les différents mondes, les différents corps professionnels deviennent plus souvent « rapport de flux ». La richesse apportée par la complémentarité prend le pas sur la recherche de l'affirmation des pouvoirs individuels. Le débat cognitif est promu pour avancer et les positionnements égocentriques combattus.

La recherche de l'interdépendance managériale, comme base du développement de l'intelligence collective, s'objective par des temps et des espaces de réflexions et des partages de pratiques managériales.

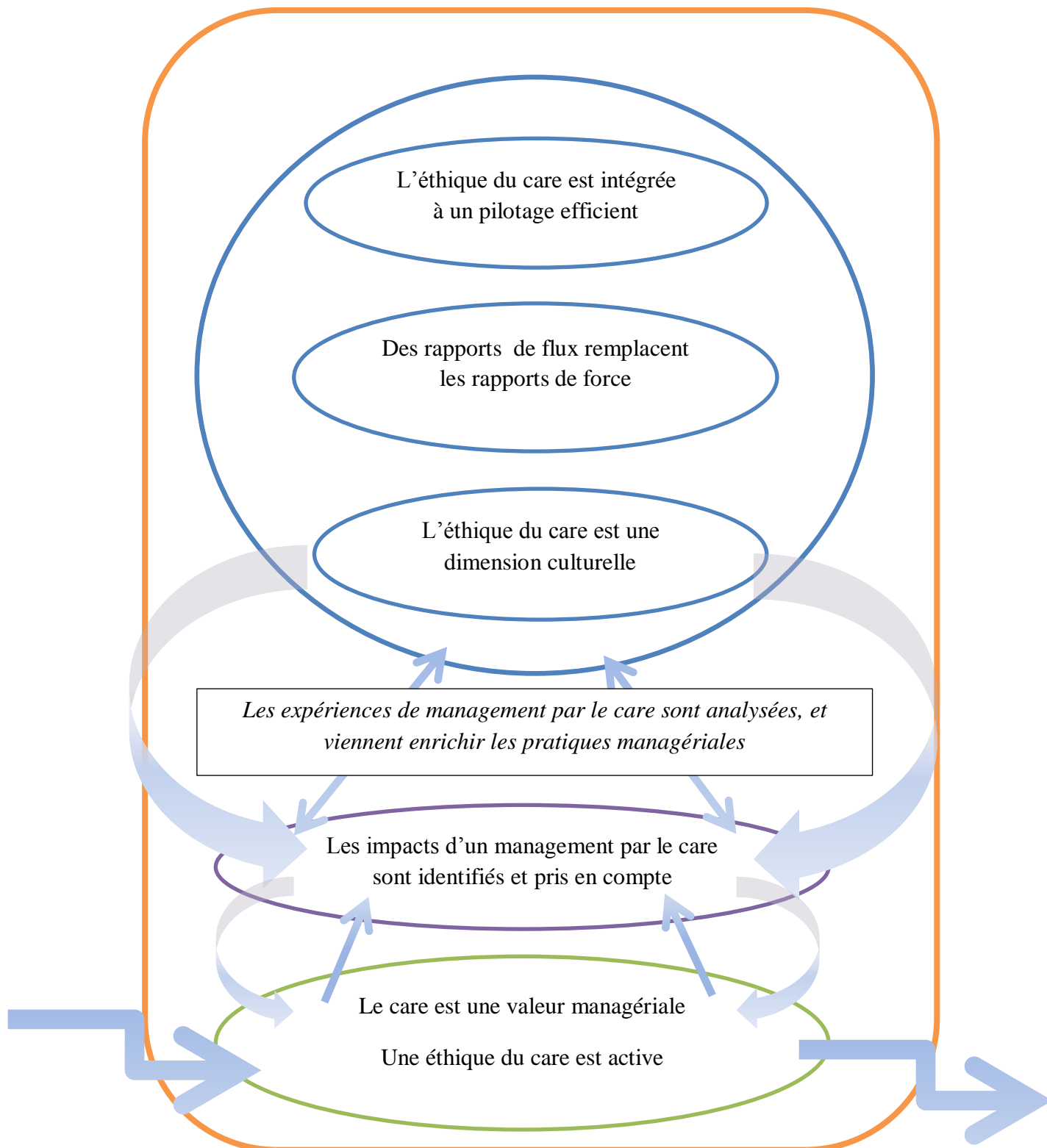
1.9. Le système se finalise

Ce niveau est considéré comme étant celui où le système est capable de décider sur sa décision donc de conceptualiser et de se finaliser.

La charte managériale et le projet managérial sont devenus des piliers incontournables du management et ils intègrent « *l'éthique du care* ». La charte managériale est un « guide » utilisé pour analyser ou confronter les expériences vécues et elle est revisitée régulièrement en vue d'être actualisée si cela s'avère nécessaire.

La recherche investit ce champ, des études sont menées sur les impacts d'un projet managérial sur le bien-être des dirigeants et cadres, sur l'impact d'une « *éthique du care* » sur le travail des agents, leurs comportements, leur investissement et plus largement sur l'attractivité de l'hôpital et sa capacité à fidéliser son personnel.

Schéma N° 9: Modélisation du système de pilotage



Conclusion du chapitre 9

Cette approche systémique d'une dynamique du « *care* », inspirée du modèle décrit par Boulding puis par Le Moigne , permet de visualiser comment peut être initiée et promue une « *éthique du care* », intégrée à la gouvernance de l'hôpital, à partir d'une valeur managériale portée actuellement par l'encadrement et les directions issus du monde soignant, . (cf. schéma n° 9)

Il est possible d'y repérer trois grandes étapes clés pour amorcer et pérenniser ce processus. Tout d'abord il est essentiel que les cadres de proximité prennent conscience et soient en capacité d'explicitier la manière dont ils font vivre « *the care* » à la fois dans leur fonction de gestion des ressources humaines et dans la relation qu'ils entretiennent au quotidien avec les membres de leurs équipes.

Ensuite une évaluation et une validation des impacts du « *care* », sur la confiance, le sentiment d'être reconnu, l'autonomie perçue et par là même le développement du bien-être au travail contribuera à justifier la mobilisation du *care* dans le mode de leadership et dans les pratiques managériales quotidiennes.

Enfin, « *the care* » pourra devenir une valeur commune, partagée par l'ensemble des managers, affichées dans une charte managériale et ou dans un projet managérial. Elle sera ainsi explicitée en un certain nombre de comportements managériaux attendus de tout dirigeant et manager. Cette charte est une référence d'auto-évaluation ou hétéro-évaluation, dans une perspective d'évolution et d'accompagnement du savoir-être en situation managériale. Car une pratique qui n'est pas évaluée ne peut évoluer.

« L'évaluation consiste à donner de la valeur, à mettre en évidence. Au-delà des aspects parfois très formels d'évaluation, la relecture éthique de situations nous apparaît comme un moyen fécond d'évaluer les pratiques en vue de les faire évoluer. Par relecture éthique nous entendons le fait de : Lire à nouveau et à distance nos manières d'être et de faire en regard de la singularité d'une situation (Hesbeen, 2012)²²¹

²²¹ Hesbeen, W., (2011), *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien du soin*, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux

CONCLUSION GENERALE

L'hôpital français vit l'apprentissage d'un fonctionnement douloureux dans un contexte économique contraint en ayant à fournir la preuve d'une offre de soins de qualité. Les réformes qui se succèdent, depuis une décennie à vitesse accélérée, imposent une réorganisation dans une logique économique. D'un système bureaucratique critiquable, mais qui pouvait procurer un sentiment de sécurité aux professionnels qui y travaillaient, il se voit instaurer des méthodes de production venues du privé, dans le cadre de ce qu'on nomme aujourd'hui le Nouveau Management Public. Ces mutations créent des peurs, des résistances mais aussi de la souffrance au travail.

Répondre aux différentes obligations réglementaires et aux contrôles, auquel l'hôpital est soumis, obligent les professionnels médicaux et non médicaux à des activités chronophages, qui les éloignent des soins cliniques et des malades. Les soignants ressentent un déséquilibre entre le temps accordé au malade et le temps consacré à différentes tâches administratives dont ils ne perçoivent pas la valeur ajoutée pour le patient, et qui n'entrent pas dans l'image du métier «rêvé». Ce décalage entre le travail «prescrit» et le travail «vécu» génère une perte de sens et de repères, facteurs favorisant l'épuisement professionnel, l'augmentation des risques psychosociaux voire l'épuisement professionnel.

Or, pour que les soignants soient en capacité d'assurer des soins de qualité, dans le cadre des normes instituées, en gardant une attitude empathique, dans un souci de l'autre et d'un prendre soin global, il nous semble essentiel qu'ils perçoivent que c'est cette approche humaniste qui est toujours attendue d'eux. Aujourd'hui, les professionnels de l'hôpital ont le sentiment d'une focalisation unique du pilotage sur des objectifs et indicateurs économiques.

Les apports de notre étude

Tout au long de notre cheminement dans ce travail nous avons tenté de mettre en exergue un modèle de management qui soit en capacité de mettre en « reliance » des objectifs économiques associés à une qualité fortement normalisée et des objectifs centrés sur l'humain, dans les soins certes, mais aussi dans le cadre du travail à l'hôpital. Prendre en compte l'humain et l'humanité des hommes c'est porter un regard valorisant sur ses compétences et ses talents mais avoir aussi le souci de considérer ses limites, ses fragilités, sa vulnérabilité.

Notre étude nous amène à orienter le pilotage de l'hôpital non vers un leadership unique porté par la direction (à l'instar de directeurs « patrons »), ni même vers une incitation à impliquer à tout crin les médecins dans la gestion économique, mais vers un leadership partagé qui conduit à la réalisation des objectifs à travers un processus dynamique et interactif d'influence. Ce modèle nous apparaît correspondre mieux aux valeurs, aux potentiels et richesses spécifiques que peuvent apporter les trois grands mondes de l'hôpital que sont sa direction/administration, ses médecins et ses paramédicaux. Il ne vise pas de manière privilégiée un processus hiérarchique et vertical. Il s'agit de promouvoir que chacun des trois grands mondes puisse incarner son propre système de valeurs, exprime tout son potentiel de compétences afin de contribuer à l'intelligence collective dans une synergie des énergies et des capacités à résoudre les problèmes et à innover. Ainsi, chacun participe de manière fluide aux buts collectifs dans le cadre de la mission de service public de l'hôpital à partir des valeurs qu'il incarne. L'équipe de direction porte et diffuse la vision générale du sens, le cap à suivre. Les médecins mobilisent leur leadership autour de projets cliniques en regard des besoins de la population en s'appuyant sur la recherche médicale et les évolutions médico-techniques. Quant aux cadres intermédiaires et de proximité ils restent attentifs à l'organisation et aux pratiques de terrain dans une attitude humaniste. Ils promeuvent un leadership de type transformationnel en se centrant sur les talents de leurs collaborateurs et sur leurs capacités à grandir vers le bien-être et l'autonomie à l'instar du modèle du « *servant leadership* ».

En effet pour traverser cette crise, nous plébiscitons un modèle éthique qui intègre « *The care* ». Dans ce lieu, par définition « d'hospitalité » et « d'humanité », qu'est l'hôpital, le garde-fou d'un risque de rationalisation à outrance de son système de pilotage et de gestion,

y compris de ses ressources humaines n'est-t-il pas d'y promouvoir une éthique managériale du prendre soin ?

Alors que dans les entreprises la question de l'éthique, ou de la RSE, a fait son apparition ces dernières années, et qu'elle pourrait être transposable à l'hôpital, nous proposons une orientation de la gouvernance de l'hôpital sous-tendue par « *l'éthique du care* ». Notre parcours professionnel, n'est certes pas étranger à ce choix, « *le care* » étant un concept important pour les soins et la relation de soin.

Le « *care* » est un principe, une valeur essentielle au cœur de la relation de soin. A la fois attention particulière et sollicitude, « *the care* » désigne une manière d'accueillir autrui avec le dessein d'être dans le prendre soin. Cette attitude est le fondement de la bienveillance, concept largement développé aux cours de la dernière décennie pour contrer les comportements potentiellement maltraitants de soignants. Cette bienveillance de la relation des soins nous la préconisons pour l'ensemble des relations interprofessionnelles y compris entre subordonnés et supérieurs hiérarchiques. En effet il nous semble aberrant, ou tout au moins faire preuve d'incohérence, d'afficher une charte de bienveillance sensée orienter les soignants dans leurs comportements vis-à-vis des soignés sans considérer une vigilance forte à avoir pour promouvoir la bienveillance dans les relations interprofessionnelles.

Aussi, nous préconisons que cette attitude valorisée dans les relations de soins soient aussi mise en valeur dans la posture managériale. Nous postulons qu'au-delà des différentes compétences managériales de type prescriptif, la posture éthique du manager est essentielle et participe pleinement à la performance tant recherchée. La qualité des soins résulte certes de professionnels techniquement compétents mais aussi en capacité de mobiliser empathie et « *care about* ». La promotion de soins bien traitants nécessite que tout professionnel développe la confiance en soi, ressente la confiance accordée par autrui et un sentiment plus global de bienveillance, lui-même induit par la perception d'être reconnu par ses pairs, ses collaborateurs et par sa hiérarchie.

Nous avons cherché comment cette « *éthique du care* » peut naître et s'épanouir à l'hôpital, pour imprégner son pilotage et les pratiques managériales. Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne, avec un « *care about* » qui soit attention à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un « *care about* » centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement

et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention tout particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun.

Les résultats de notre étude nous amènent à constater que « *the care* » n'est pas une valeur partagée par les différents mondes de l'hôpital. Elle émane de manière forte du groupe des paramédicaux. Ce groupe peut être considéré, de par son nombre de professionnels œuvrant à l'hôpital, comme fortement représentatif. Nous avons vu que les cadres issus de ces métiers semblent garder cette valeur du « *care* » et vouloir continuer à la faire vivre dans leurs pratiques managériales. Par contre ils ne se sentent pas forcément légitimes ou en capacité de l'argumenter si elle n'est pas reconnue et valorisée par les deux autres mondes importants de l'organisation hospitalière que sont le monde administratif et le monde médical.

Aussi nous mettons en avant l'importance pour l'encadrement et la direction des soins de croire à cette « *éthique du care* », et d'en identifier et évaluer les impacts sur la qualité de vie au travail perçue et la performance individuelle et collective. Ils sont les managers qui peuvent contaminer la gouvernance hospitalière pour qu'elle intègre ce « *care* », comme une valeur spécifique et forte pour mener à bien ses missions. Ceci afin que « *the care* » imprègne les modes de relation, que cette relation s'initie entre le soignant et le patient, entre collaborateurs ou entre le hiérarchique et son subordonné. « *The care* », fortement ancré dans les valeurs soignantes et « *l'éthique du care* » implicitement présente aujourd'hui dans l'encadrement et la direction des soins peuvent devenir des principes pertinents pour prévenir l'épuisement professionnel dont on constate un développement fort ces dernières années et pour encourager chacun à mobiliser ses compétences et à exprimer ses talents. Nous avons insisté sur l'opportunité que représentent l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet managérial pour instituer et faire vivre une « *éthique du care* ». Ce projet managérial est nécessairement à impulser par la direction générale.

Enfin, nous nous sommes appuyés sur la démarche de modélisation en neuf niveaux de Boulding telle qu'elle a été reprise par Le Moigne pour décrire comment « *le care* » peut transformer les valeurs de la gouvernance à l'hôpital. Ceci, pour un pilotage tout en fluidité, qui vogue entre « l'important », autrement dit, sa capacité à tenir le cap

d'objectifs économiques et financiers sans lesquels le système hospitalier public ne pourra être pérenne et « l'essentiel » un management empreint d'humanisme, à l'instar de ce que doit rester le soin lui-même.

Les limites de notre étude

Plusieurs limites peuvent être repérées à ce travail. Une première limite était d'arriver à adopter une posture de chercheur, dans un milieu côtoyé depuis des années. En même temps cette expérience a été, de ce point de vue, très intéressante car nous avons constaté, l'intérêt qu'ont montré pour cette question de recherche, les personnes, des directions aux cadres de proximité, vers qui nous sommes allés pour nos entretiens. Nous avons même eu, souvent, le sentiment qu'ils trouvaient une certaine satisfaction à pouvoir parler de leurs conceptions et de leur vision relative à la question du management et de l'éthique.

La deuxième limite est la question choisie du « *care* » dans le management. A la fois, elle nous intéressait fortement car intuitivement, nous pensions que le « *care* » pouvait avoir une place privilégiée dans le management et le pilotage de l'hôpital; mais en même temps nous avons pris une dimension de l'éthique très particulière alors que la question même de l'éthique managériale, au sens large, y est encore très peu posée.

Un troisième point est celui de l'investigation dans une discipline issue de la philosophie, donc de questionnement et subjectivité, alors que notre recherche se faisait dans le cadre du domaine de la gestion, où on peut attendre des principes ou recommandations objectivés, confirmés. Néanmoins, c'était bien notre projet que de chercher la « *reliance* » d'un champ qui peut sembler très pragmatique avec une dimension beaucoup plus immatérielle comme l'éthique. Ceci, pour justement confronter les limites et risques d'un pilotage focalisé sur des méthodes et outils qui vont dans le sens d'une forte rationalisation des décisions, des process, et même du management des compétences humaines. Nous avons gardé en arrière-pensée « *la nécessité de reconnaître un “ principe d'incertitude rationnel ”, car la rationalité risque sans cesse, si elle n'entretient pas sa vigilance autocritique, de verser dans l'illusion rationalisatrice* » (Morin, 2000)²²²

²²² Morin, E. (2000), *Les Sept savoirs nécessaires à L'éducation du futur*, Seuil, Paris.

Enfin, et sans que pour autant cette évocation des limites de nos travaux puisse être considérée comme exhaustive, il nous faut prendre en compte celles liées au choix d'une méthode qualitative longitudinale. Cette méthode peut effectivement être cataloguée de peu rigoureuse et de manque de scientificité alors que la mise en œuvre de sa démarche est lourde. Les fiches d'entretiens, les éléments clés retenus dans les discours lors de l'analyse de contenu, les inférences faites peuvent être jugés simplistes et laissant une trop grande part à la subjectivité.

Pour toutes ces raisons, il est important que les processus ainsi révélés et décrits, les causalités appréhendées et les construits théoriques proposés, puissent devenir, dans un deuxième temps, objets d'études quantitatives.

Les prolongements à envisager

Notre travail se contente de questionner la place que peut prendre « *l'éthique du care* » auprès de la gestion économique afin d'en limiter des risques et impacts négatifs. Il s'agit ici d'interroger plutôt le « *pourquoi ?* » un hôpital en souffrance et le « *pour quoi ?* », à la recherche de pistes possibles, dans le champ de l'éthique, qui puissent l'aider à traverser la crise actuelle et atteindre un niveau de résilience de type 2.

Un management qui intégrerait le « *care* » peut accompagner les changements que l'hôpital vit aujourd'hui et l'aider à traverser la crise. La continuité de ce travail devrait porter sur un approfondissement du « *comment* » concrètement cette « *éthique du care* » peut contaminer le management et l'ensemble des dirigeants et managers hospitaliers. En effet, la démarche à suivre est ici à peine ébauchée. Toutefois, pour nous, les initiatives et les forces sont déjà là, dans la direction des soins et dans l'encadrement soignant. Ils ont aujourd'hui à conscientiser l'impact d'une « *éthique du care* » sur les conditions de travail et sur la performance individuelle et collective pour être en capacité de l'argumenter auprès de leur hiérarchie et du directoire. Il serait intéressant de décrypter de manière fine comment le *care* s'objective, par des analyses de leurs pratiques managériales, pour ensuite pouvoir reconstruire des pratiques modélisables, transférables et transmissibles.

Le *care* dans ses liens avec une attitude empathique pourrait être étudié également sous l'angle émotionnel. Des travaux futurs pourraient porter sur le *care* dans le management et son impact sur les émotions et la gestion des émotions au travail et dans les soins.

Un autre levier à suivre est la féminisation des postes de direction et médicaux, car nous avons vu que l'occupation de postes emblématiques par une femme (direction de l'APHP, direction générale de l'un de nos 2 sites), entraîne des pratiques de management où le souci des collaborateurs, et des conditions de travail de ces derniers sont clairement mis en avant. Peut-on formuler l'hypothèse nouvelle, que la féminisation des postes à fort pouvoir, qui étaient jusqu'à ce jour essentiellement occupés par des hommes à l'hôpital, pourrait modifier les rapports et relations interpersonnels et hiérarchiques vers plus de « *care* » ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abord de Chatillon E., & Desmarais, C., (2012), Le nouveau Management public crée-t-il les conditions de nouvelles souffrances au travail ?, *Management International*, 17 p., *Communication au congrès de l'AGRH*.

Abric, J.C., (1994) *Pratiques sociales représentations*, Collection Psychologie sociale, Puf, Paris.

Amblard, H., Bernoux, P., Herros, G., Livian Y.-F., (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, Paris.

Anquetil, A., (2008), *Qu'est-ce que l'éthique des affaires ?*, J.Vrin, Paris.

Anquetil, A., (2011) (dir.), *Textes clés de l'éthique des affaires*, J.Vrin, Paris.

Bachelard, G., (1978, première édition 1938), *La formation de l'esprit scientifique*, éd. J. Vrin, Paris.

Ballet, J., De Bry, F. (2001), *L'entreprise et l'éthique*, Editions du Seuil, Paris.

Barkow, J.H., (2012), Règles de conduite et conduite de l'évolution, *in fondements naturels de l'éthique*, Odile Jacob, Paris.

Beaucourt, C., (2006), La gestion des ressources humaines dans le secteur social, *in gestion des ressources humaines dans le secteur social*, p. 1385- 1393

Beaucourt, C., Louart, P., (2010), « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du CARE collectif », 1ère journée d'étude du GRT Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé, 7 mai Lille.

Beaucourt, C., P. Louart, (2008), Les champs de tension du travail. Le travail entre apports productifs, liens sociaux et développements individuels, *in Le travail au cœur de la GRH*, (Beaujolin, Louart, Parlier coord.), éd. ANACT.

Beaucourt, C., P. Louart, (2002), Gérer la motivation dans les entreprises publiques : par les valeurs, les assurances ou les incitations, *in La motivation dans le secteur public*, (Duvillier coord.) éd. L'Harmattan, Paris.

Beaucourt, C., D. Alis, (1998), Valeurs et gestion du travail en organisation, in *Valeur, marché et organisation*, (Bréchet coord.), Nantes, Presses académiques de l'ouest (XIVe Journées nationales des IAE).

Belet, D., (2013), Le servant leadership : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management, *Gestion 2000*, p. 15-33.

Belet, D. (2010). L'éthique des pratiques managériales : une dimension majeure de l'éthique d'entreprise trop occultée en France. *Personnel Review*.

Bergeron, J-L., (1979), Les dimensions conceptuelles du leadership et les styles qui en découlent, *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol.34, N°1, p.22-40

Besseyre Des Horts, C-H., Boffa-Comby, P., Vercoustre, D., (2011), Etre leader, à tous les niveaux de l'entreprise, in Peretti, J-M., (Sous la direction de.), *Tous Leaders*, Eyrolles, Paris.

Besson, P. et Mahieu, C., (2007), Fabriquer des stratégies ordinaires : Les dilemmes d'une posture managériale, *Document de travail du LEM*.

Blanchard, K., (1998), *Ethique et Management*, Editons d'Organisations, Paris.

Blanchet, E., (2005), La gestion des talents ne se limite pas aux futurs dirigeants, *Journal du Management*

Boltanski, L., & Thévenot, L., (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, mrf essais Gallimard

Boudon, D., (1999), *Le Sens des valeurs*, Puf , « Quadrige », Paris

Boumrar, C., (2004), *Le management des hauts potentiels : identifier, recruter, intégrer, développer et fidéliser*, Dunod, Paris.

Bourdieu, P., & Boltanski, L., (1976), La production de l'idéologie dominante, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 2, no 2-3 « Numéro spécial », p. 4-73

Brault, I., Roy, D-A., Denis, J-L., (2008), Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé, in *Pratiques et Organisations des Soins*, volume 39, n°3/juillet- septembre

Brugère, F., *L'éthique du « care »*, PUF, coll. « Que sais-je? », février 2011

Brugère, F., (2008), *Le sexe de la sollicitude*, éditions du Seuil, Paris.

Brunelle, Y., (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *in Pratiques et Organisation des Soins*, Volume 40, N°1

Burrellier, F., (2008). L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers », Thèse, Université Pierre Mendès France, IAE de Grenoble

Bry, (de) F., Ballet, j., (2007), L'éthique féministe : quels apports pour la responsabilité sociale de l'entreprise, *in J.C., Dupuis et C., Lebas (coord.), Le management responsable*, Economica

Carré, L., (2013), *Axel Honneth le droit de la reconnaissance*, Le bien commun, Michalon, Paris

Chaine, L., (2012), Culture de la reconnaissance et culture du résultat : aux sources d'une rencontre traumatique entre sujet et management, *in Le management "hors sujet" ?*, Nouvelle Revue de psychologie, Erès, Toulouse

Changeux, J.P., (2012), (sous la direction de) *Fondements naturels de l'éthique*, Odile Jacob

Charreaux, G., (2005), Pour une gouvernance d'entreprise « comportementale », réflexion exploratoire, *in Lavoisier / Revue française de gestion 2005/4 - no 157*, pages 215 à 238
ISSN 0338-4551

Charreaux , G. Wirtz P., (2006) *Gouvernance des Entreprises, nouvelles perspectives*, Recherche en Gestion, Economica, Paris.

Caillet, A., 2007, *La quête de reconnaissance*, Les découvertes

Clément, J-M., (1994), *Essai sur l'hôpital, les cahiers hospitaliers*, Berger-Levrault

Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, Paris.

Collière, M.F., (1996), *Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Éditions Masson. Collection InterÉditions, Paris.

- Comte-Sponville, A., (2010), *Le goût de vivre et cent autres propos*, Albin Michel
- Comte Sponville, A., (2004) *le capitalisme est-il moral*, Albin Michel
- Comte-Sponville, (1994), A, *Morale ou éthique ?* in *Valeur et vérité*, Presses Universitaires de France.
- Crémadez, M., (2004), *Organisations et stratégie*, Dunod, Paris, p. 316
- David, A. (2000), «Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées » in *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, David Albert, Hatchuel Armand et Laufer Romain [ed] Paris, Vuibert-FNEGE, pp.83-109
- Deffayet, S., Livian, Y.F., Petit, V. (2010), L'art de commander. Permanences et modes dans les styles de leadership, *Gestion 2000*, vol. 10, n°5, p. 85-99.
- Dejours, C., (2000), *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, Point
- De Hennezel, M., (2004). *Le souci de l'autre*, Robert Laffont. Paris.
- De Kervasdoué, j., (2009) *Carnet de santé de la France*, Collection "Carnet de santé de la France"
- Desmarais C. et Abord de Chatillon E. (2008), Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du privé et du public ? , *Revue Française d'Administration Publique*, n°128, 2008/4, pp 767-783
- De Rosnay, J., (2012), *Surfer la vie, Comment survivre dans la société fluide*, LLL, Les liens qui libèrent. Paris.
- De Waal, F. (2010), *L'âge de l'empathie, leçons de la nature pour une société solidaire*, LLL, Les Liens, Paris.
- Detchessahar M., Grevin A., (2009), Une organisation de santé... malade de gestionnaire, in *Gérer et Comprendre*, vol. , n° 98, p. 27-37 .
- Detchessahar,M., (2011), Quand le management n'est pas le problème mais la solution, *Revue française de gestion*, 2011/5, n° 214.
- Detchessahar, M., (2013) Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion, in *Négociations* (n° 19) De Boeck, Paris.

- Drucker, P.F., (1999), *L'avenir du management*, Village Mondial, Paris.
- Dujarrier, M-J., (2012), *L'idéal au travail*, Puf, Paris.
- Dumez, H. (2013), *Méthodologie de la recherche qualitative : les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuiber, Paris,
- Etchegoyen, A., (1991) *La valse des éthiques*, Ed. F. Bourin Paris.
- Etchegoyen, A., (1990), *Les entreprises ont-elles une âme*, Ed. F. Bourin, Paris.
- Etchegoyen, A., (1999), *La Vraie morale se moque de la morale : être responsable*, Ed. du Seuil, Paris
- Finch, J., and Groves, D. (1983), *Caring Work A Labour of Love: Women, Work, and Caring* Boston, Routledge & Kegan Paul.
- Fronteau, A., (2006), *Le management par la confiance*, Arnaud Franel Editions
- Garrau, M., Le Goff, A., (2010), *Care, justice et dépendance, Introduction aux théories du care*, Puf, Paris.
- Gavard-Perret, M-L, Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A., (2009), Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion, in *Méthodologie de la recherche*, Pearson Education.
- Gilligan, C., (1982, traduction en français 2008), *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Champs essais, Flammarion, Paris.
- Gilligan, C., Hochschild, A., Tronto, J., (2013), *Contre l'indifférence des privilégiés, à quoi sert le care*, édité et présenté par Patricia Paperman et Pascale Molinier, Payot
- Girard, B., (2008) A quoi bon l'éthique d'entreprise, in *la Revue Internationale de Psychosociologie*
- Gond, J-P., Igalens, J., 2008, *La responsabilité sociale de l'entreprise*, Puf, *Que sais-je ?*, 2012, 3ème éditions, Paris
- Grosjean, M et Lacoste, M., 1999, *Communication et intelligence collective*, Puf, le travail humain. Paris.

Gratacap, A.& Le Flanchec A., sous la direction de, (2011) *La confiance en gestion*, de boeck, Paris.

Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A., (2002), *L'intelligence émotionnelle au travail*, Pearson, Montreuil.

Gond, J.P., Igalens, J., (2010), *La responsabilité Sociale de l'entreprise*, Presses Universitaires de France, coll. Que Sais-je ?, Paris.

Harrison, D., (2000), L'éthique et la recherche sociale. in T. Karsenti et L.Savoir-Zajc (*Dir*s), *Introduction à la recherche en éducation*, p. 33-56, Sherbrooke, CRP.

Hesbeen, W., (1997), *Prendre soins à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterEditions, Editions Masson, Paris.

Hesbeen, W., (2011), *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien du soin*, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux.

Hirèche, L. (2004), L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel, <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00156106>.

Hirèche, Baïda, L., (2008), « La dynamique des jugements éthiques dans l'entreprise. Une étude ethnographique », Thèse management et organisation, sous la direction de Jean-François Chanla, Dauphine université, Paris.

Honneth, A., (1992), *La lutte pour la reconnaissance*, Le Cerf, Paris, éditions originale 1992, traduction 2000.

Kourilsky-Belliard, F., (1995). *Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement*, InterEdition, Paris, 3ème tirage, 1996

Kunzmann, P., Burkard, F.P., Wiedmann, F. (1993). *Atlas de la philosophie*, la Pochothèque.

Le Boterf, G., (2002), *Développer la compétence des professionnels*, Editions d'organisation, Paris

Lenoir, F., (1991), *Le temps de la responsabilité, entretiens sur l'éthique*, Fayard, Paris.

Lemoigne, J-L., (1990), *La modélisation des systèmes complexes*, Dunod, Paris

Louart, P. (2011), Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif, *Dans Management & Avenir*, n° 49

Louart, P. (2011) Réflexions sur le management de la recherche publique en France : questions éthiques analysées par le mode décisionnel-opérationnel de Michel Freitag, *Dans Humanisme et Entreprise*, n° 303

Luc, E., (2010), Le leadership partagé, 2e édition, Les presses de l'université de Montréal
Mankins, M.C. (2004), «Stop wasting valuable time», *Harvard Business Review*, vol. 82, n°9.

March, J., Weil, T., (2003), *Le leadership dans les organisations. Un cours de James March*, Les Presses de l'Ecole des Mines, Paris.

Martineau, S., (2007), l'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion , *Actes du colloque Recherche qualitative – Hors Série – n° 5* pp.70-81.

Mercier, S., (2004), *L'éthique dans les entreprises*, La Découverte, Coll. Repères, Paris

Mercier, S. (1997), « Une contribution à la politique de formalisation de l'éthique dans les grandes entreprises », Thèse de sciences de gestion, Université Paris-IX Dauphine.

Mercier, S., (2001), « L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature », Xème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Faculté des Sciences de l'administration Université Laval, Québec.

Merdji, M., Naulleau, M., (2012), Qui du Sujet ou de l'Acteur, faut-il ménager en période de changement ?, *in Le management 'hors sujet' ?*, Nouvelle revue de psychologie, Eres

Mintzberg, H., (1973), *The Nature of Managerial Work*, Prentice Hall. Trad. 2002, *Le Manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, Editions d'Organisation, Paris

Moisdon, J-C., (2008), Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ?, *in Pratiques et Organisation des Soins*, volume 39, n° 3/juillet-septembre

Molinier, P., Laugier, S., Paperman. (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite Bibliothèque Payot, Paris

- Morin, E., (1980), *La méthode*, tome II, La vie e la Vie, Ed. du Seuil (coll.Point), Paris
- Morin, E., *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du Futur*, Seuil, Paris.
- Moscovici, S., (1988), *La machine à faire des dieux : sociologie et psychologie*, Fayard, Paris.
- Nobre, T., & Lambert, P., sous la direction de, (2012), *Le management de pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis*, Dunod, Paris.
- Obin, J-L., (2012), *Leadership*, Editions Leaderinnov, Paris.
- Peretti, JM., (sous la direction de), (2008), *Tous talentueux*, Eyrolles, Editions d'Organisation.
- Pesqueux, Y., (2012), La philosophie Le management « hors sujet »? du sujet dans l'organisation : les apports du care, *in nouvelle revue de psychologie Arnaud,G., Dublouloy, M.,(sous la direction de)*, Erés, Toulouse,
- Pettigrew, A.M. (1990), Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice, *Organization Science*, 1:3, 267-292, p. 98
- Peter B. Guy, (2010), « Nouveau management public (New public management) » *in* Laurie Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po «Références»
- Pichault, F., Nizet, J. (2000), *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Editions du Seuil, Paris
- Pierre, C., Jouvenot,C., (2010), *La reconnaissance au travail, agir sur...*, éditions anact.
- Pinel, W. (2009). *La résilience organisationnelle : concepts et activités de formation*. Mémoire (M. Sc. A.). École Polytechnique de Montréal, Québec, Canada
- Rameix, S., (2007), *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Sciences humaines en médecine, Ellipses, Paris
- Rawls, J., (1971), *Théorie de la justice*, Seuil, Paris
- Ribaut. M.& Aromatario, C., (1991), *L'hôpital entreprise, pourquoi pas*, Editions Lamarre

- Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.
- Rogers, C. (1994), *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF éditeur.
- Romatet, J-J., (2010), Ethique et nouvelle gouvernance hospitalière, in E.Hirsch [dir.], *Traité de bioéthique. Fondements, principes, repères*, Toulouse, Erès, Toulouse, p. 529-543.
- Rosnay, J., (2012), *Surfer la vie : comment sur-vivre dans la société fluide*, Éditions LLL
- Schermerhorn J.,R, & Chappel, D.S., (2002) *Principes de management*, Village Mondial, Paris.
- Schmauch, C., (2011), Le Leadership distribué : enjeux et mise en œuvre, in Cristol, D., Laizé, C., Radu Lefebvre, M., *Leadership et management, Etre Leader, ça s'apprend !*, De Boeck, Paris.
- Serieyx, H. (1984), *L'entreprise du 3e type*, Seuil, Paris
- Serres, M., (2009) *Temps des crises*, Ed. Le Pommier, Paris
- Simon, B., (2012) le management face aux crises : la représentation d'un sujet défaillant », in, Le management hors sujet ?, *Nouvelle Revue de psychologie*, Eres, Paris
- Simon, B., (2006), Elements pour une distinction opérationnelle entre crise et conflit, *Cahier de l'Actif*, n° 358-361
- Svandra, P., (2009), *Eloge du soin, une éthique au cœur de la vie*, Seli arslan
- Tisseron, S., (2010). *L'empathie au cœur du jeu social*, Albin Michel.
- Teneau G. & Koninckx G, (2010), *la résilience organisationnelle, rebondir face aux turbulences*, Bruxelles, Ed De Boeck
- Tronto, J., traduction en français (2011), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte
- Tronto, J., (2012), *Le risque ou le care ?* Puf, Paris.
- Valax., M., (2009) *Les modèles d'empowerment dans les organisations, enjeux managériaux et réalités internationales* (Directeur de recherche Louart P.) *Front Cover*

Valax, M., (2009) Conditions de mise en place d'une politique volontariste de la diversité ethnique. Regard critique sur le cas de l'Afrique du Sud *in Management & Avenir*, Ed. Manangement Prospective.

Van Hoorebeke, D., (2008), La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management, *Humanisme et Entreprise*, n° 289, p.81 à 102.

Van Hoorebeke, D., (2008), Proposition de mesure de la performance des normes de comportement organisationnelles à l'atteinte d'un service à la clientèle authentique, *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 229, p. 21 à 27.

Vergne, J.L.et Fiori, M., (2011), Rebâtir la confiance, *in Peretti, J-M.*, (sous la direction de) *Tous leaders*, Eyrolles, Editions Organisation, Paris, p.185-189.

Vinot, D., (2008), « Le leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes aux perspectives », *in Pratiques et Organisation des Soins*, volume 39, n°3/juillet –septembre

Voynet-Fourboul, C., (2011), La spiritualité des dirigeants en situation de passage de leadership, *Management & Avenir*, vol.8, n°48, p. 202-220.

Weber, M., (1995). *Le savant et le politique*, Plon, 10/18, Paris.

Wirtz, P., (2008), *Les meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise*, Collection Repères, La Découverte

Yanat, Z., Belet, D. (2011). Du leader-héros au leader d'apprenance : évolution des modèles et rupture paradigmatique, *in Peretti, J-M.*, (sous la direction de) *Tous leaders*, Eyrolles, Paris.

Zarifian, P., (2003), *À quoi sert le travail ?*, La Dispute, Paris

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : LE CONTEXTE D'ACTION DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC	13
Chapitre 1 : un hôpital en crise et/ou en mutation	17
Introduction du chapitre 1	18
1. L'hôpital en situation économique critique	19
1.1. L'introduction de la T2A pour tenter de juguler l'augmentation régulière du coût de la santé.	19
1.2. L'introduction du management de la performance à l'hôpital inquiète et fait réagir	20
2. Des ressources humaines rares et/ou en souffrance	22
2.1. La pénurie de certains corps professionnels	22
2.2. La montée en puissance d'une certaine insatisfaction des professionnels et des risques psychosociaux	23
3. Un management en crise et/ou en mutation	25
3.1. La complexité du management des ressources humaines à l'hôpital	25
3.2. Sortir de la crise : vers un hôpital « mutant » ou « résilient »	27
3.2.1. Crise et résilience	27
3.2.2. Mutation	29
3.3. D'un système bureaucratique à un management innovant et éthique	32
3.3.1. Vers une nouvelle gouvernance à l'hôpital	32
3.3.2. Un management porteur de sens et de valeurs	33
3.3.3. Des conflits de pouvoir à un leadership unifiant	34
3.3.4. De la gestion du personnel à la gestion des talents	35
Conclusion chapitre 1	38
Chapitre 2 : Approche théorique, conceptuelle	40
Introduction du chapitre du chapitre 2	41
1. Le Management à l'hôpital : introduction du Nouveau Management Public et leadership	44
1.1. Approche générale du management	44
1.2. Le Nouveau Management Public	45
1.2.1. Les causes de l'émergence du Nouveau Management Public (NMP)	45
1.2.2. De la gestion bureaucratique au NMP : évolutions, changements : les finalités et caractéristiques du NMP :	46
1.2.3. Les forces et limites du Nouveau Management Public	49
2. De la gouvernance des entreprises à la gouvernance de l'hôpital	50
2.1. De la gestion à la gouvernance	50
2.2. Du management au leadership	54
2.2.1. Le leadership, une notion complexe	54
2.2.2. Les leaders « héroïques »	55
2.2.3. Les leaders « humanistes » :	58
2.2.3.1. Leadership transactionnel, transformationnel	58
2.2.3.2. Deux courants nouveaux et alternatifs : le « servant leadership » et le « leadership spirituel »	60
2.2.4. Vers le leadership collectif	64
3. L'éthique managériale à l'hôpital	67

3.1.	Approche générale : de la morale à l'éthique	67
3.1.1.	La morale	67
3.1.2.	L'éthique	68
3.1.3.	Position téléologique et déontologique dans les dilemmes éthiques	70
3.2.	L'éthique appliquée à l'hôpital	72
3.3.	L'éthique d'entreprise, l'éthique managériale	75
3.4.	L'éthique du « care »	79
3.4.1.	<i>The care</i> comme valeur dans les soins	79
3.4.2.	L'éthique du care, une éthique de service	82
3.4.3.	<i>The care</i> dans le management	84
3.4.4.	Une démarche de reconnaissance : l'empathie et l'empowerment comme attitude dans le « care »	88
	Conclusion du chapitre 2	92
Chapitre 3 :	Protocole de recherche	94
	Introduction du chapitre 3	95
1.	Une recherche de type constructiviste	95
2.	Une approche qualitative dans le cadre d'une étude longitudinale	98
	Conclusion chapitre 3	100
Chapitre 4 :	L'évolution de l'hôpital dans le système de santé français et son état de santé actuel	101
	Introduction du chapitre 4	102
3.	Un rythme accéléré des réformes vient transformer l'hôpital sur ces 50 dernières années	102
3.1.	De l'hôpital hospice à l'hôpital « entreprise »	102
3.2.	Les réformes de la deuxième partie du XXème siècle	104
4.	Fin du XXème siècle : un hôpital en perte de repères	105
5.	L'économique sur la scène médicale : plans et réformes de ces dernières années	107
5.1.	Le plan hôpital 2007	107
5.2.	La nouvelle gouvernance de 2005	107
5.3.	Le plan hôpital 2012	108
5.4.	La dernière réforme en date : Loi Hôpital Patients Santé Territoires	108
5.4.1.	Le sens et la finalité de la loi	108
5.4.2.	Les modifications pour ce qui concerne l'hôpital et sa gouvernance	109
5.4.3.	L'imposition d'une ouverture nouvelle de l'hôpital : les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités : CHT et GCSM.	112
6.	L'état de santé de l'hôpital	113
6.1.	Qu'en est-il de la maîtrise des dépenses de santé	113
6.2.	Les professionnels à l'hôpital : des métiers et « mondes » différents	115
6.2.1.	Médecins : une profession qui se féminise	115
6.2.2.	Un personnel non médical majoritairement féminin et soignant	116
6.3.	L'organisation de travail et les relations interprofessionnelles: à la recherche de plus de coopération	117
6.3.1.	Une organisation complexe	117
6.3.2.	Plus de coopération, de démocratie, d'efficience	120
6.4.	Halte aux réformes	121
	Conclusion du chapitre 4	123
PARTIE 2 :	LES REPRESENTATIONS PAR LES ACTEURS CONCERNES D'UN MANAGEMENT ETHIQUE POUR L'HOPITAL	128

Chapitre 5 : le management à l'hôpital à travers une revue de presse de « hospimedia	131
Introduction du chapitre 5	132
1. L'état des lieux actuel : « sauver l'hôpital public ! »	133
1.1. Des orientations de l'état qui génèrent une dégradation de la situation des établissements de santé	133
1.2. La tarification à l'activité (T2A) et ses limites	134
1.3. Des relations entre Agence Régionale de la Santé (ARS) et Directions hospitalières à assainir	136
1.4. Des conditions de travail qui se dégradent	137
2. Manager l'hôpital aujourd'hui : leadership, compétences et formation	138
2.1. Gérer de manière efficiente l'hôpital	139
2.1.1. L'introduction dans le management hospitalier de méthodes et outils du monde industriel sans perdre de vue la qualité des soins	139
2.1.2. Un modèle managérial qui reste à définir : vers un leadership partagé direction/médecin	140
2.1.3. Un leadership de directeur proposé à travers des attributs personnels	141
2.2. L'intégration des médecins dans la gestion économique	143
2.3. La question de la mixité aux postes de direction	144
2.4. La gestion des ressources humaines : l'intégration et la fidélisation des jeunes professionnels	145
2.5. La place des usagers	147
3. Valeurs et éthique managériale pour l'hôpital d'aujourd'hui et demain	149
Conclusion du chapitre 5	151

Chapitre 6 : Les déclinaisons du management hospitalier et les constructions du « care » par les acteurs du terrain interrogés	154
Introduction du Chapitre 6	155
1. Présentation de l'étude terrain	155
1.1. Notre recueil de données et son traitement	155
1.2. Sur deux établissements	158
1.2.1. L'hôpital de B.	158
1.2.2. Hôpital de D.	159
2. Les résultats	161
2.1. Les caractéristiques du management hospitalier	161
2.1.1. Un système lourd, cloisonné avec un pouvoir médical fort	161
2.1.1.1. Un système cloisonné fait de strates et de « familles » différentes	161
2.1.1.2. Le pouvoir fort du corps médical	167
2.1.2. Le personnel hospitalier en souffrance	170
2.1.3. Un management dans la complexité et les incertitudes	172
2.1.4. Un attachement à la vocation de service public	173
2.2. Les leviers	175
2.2.1. Un management qui transforme les rapports de force en synergie	175
2.2.2. Un leadership plutôt transactionnel voire transformationnel	176
2.2.2.1. Le « mouton » à cinq pattes	176
2.2.2.2. Une personne ressource proche du terrain	178
2.2.2.3. Un modèle de leadership fluctuant entre « transactionnel » et « transformationnel »	179
2.2.3. Des cadres de proximité auprès de leur équipe	180
2.3. Une éthique managériale non consensuelle, reposant sur les valeurs professionnelles et humanistes personnelles	183

2.3.1.	L'éthique managériale en regard des valeurs personnelles	183
2.3.2.	Huit valeurs plus souvent mises en avant	184
2.4.	Des visions et positionnement différents quant au modèle managérial	184
2.4.1.	Un directeur d'établissement porteur de sens	185
2.4.1.1.	Il donne le cap à suivre	185
2.4.1.2.	Plus que gestionnaire il doit être manager et/ou leader	187
2.4.1.3.	Son éthique l'aide à dépasser les injonctions paradoxales	188
2.4.2.	Le directeur de soins et un encadrement infirmier garants du « care »	190
2.4.3.	Des médecins concepteurs et porteurs de projets pour une prise en charge des besoins en santé	191
2.5.	Vers la richesse d'une complémentarité des valeurs	192
	Conclusion du chapitre 6	194

Chapitre 7 : La place du « care», dans les transformations du pilotage à l'hôpital et les pistes de recherches **196**

	Introduction du Chapitre 7	197
1.	Notre plaidoyer pour une « éthique du care » pour accompagner des changements	198
1.1.	Une éthique du care garde-fou d'un Nouveau Management Public déshumanisant	198
1.2.	Une éthique du care managériale à l'hôpital pour accompagner les transformations	200
1.2.1.	S'adapter aux nouveaux malades.	200
1.2.2.	S'appuyer sur les cadres de santé pour lesquels le care est valeur identitaire	202
1.2.3.	Se laisser contaminer au sein de l'équipe managériale et de direction par le care	204
2.	Quatre niveaux de manifestation du care au sein du management	205
2.1.	Le niveau de la personne : le « care about » ou l'attention à l'autre en tant qu'être singulier	205
2.2.	Le niveau du professionnel : le « care about» ou l'attention aux compétences et aux talents	206
2.3.	Le niveau de l'équipe : le « care about » ou l'attention à l'intégration, à la socialisation de chacun au sein de l'équipe	208
2.4.	Le niveau de l'implication : le « care about» ou l'attention au juste engagement dans les projets	210
2.4.1.	Le prendre soin de l'information et de la communication interne	210
2.4.2.	Le prendre soin lors de la prise de poste	212
2.4.3.	Le prendre soin lors de l'implication des agents dans les projets	212
2.4.4.	Le prendre soin de la communication et des échanges	214
2.4.5.	Le prendre soin de l'apprentissage à travers des analyses et partages de pratique.	215
3.	Une éthique du care dans le cadre d'un leadership partagé	216
3.1.	Vers un leadership partagé en congruence avec les trois « mondes » de l'hôpital	216
3.2.	Des directeurs qui sont dans le « sensemaking »	218
3.3.	Des médecins leaders cliniques	220
3.4.	Une direction des soins et des cadres qui développent leur « servant leadership »	223
3.5.	Un modèle de leadership qui s'appuie et promeut les talents dans chaque métier	224
4.	LE PROJET MANAGERIAL UN OUTIL POUR FAVORISER L'INTEGRATION D'UNE ETHIQUE DU « CARE »	227
4.1.	Le projet managérial pour définir et poser des valeurs fortes managériales	227
4.2.	Quelques premières expériences hospitalières d'élaboration et mise en œuvre d'un projet managérial	231
	Conclusion du chapitre 7	233

Chapitre 8 : Recommandations et modelisation du système de pilotage par le care	235
Introduction chapitre 8	236
1. Formation sensibilisation à l'Ethique	237
1.1. Formation pour sensibiliser à l'éthique managériale	237
1.2. L'éthique à l'hôpital : le développement de comités éthiques	238
2. Accompagnement et formation action pour la mise en œuvre d'outils pour une éthique managériale	239
2.1. L'élaboration et mise en œuvre d'une charte éthique managériale	239
2.2. L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet managérial : intégration du <i>care</i>	240
3. Coaching et <i>mentoring</i> : posture éthique et éthique du care	241
Conclusion du chapitre 8	243
Chapitre 9 : Vers une modélisation de l'éthique du care à l'hôpital	244
Introduction chapitre 9	245
1.1. Le phénomène est identifiable : l'éthique du <i>care</i> existe à l'hôpital	245
1.2. Le phénomène est actif : le <i>care</i> ou prendre soin est donné comme une valeur managériale	246
1.3. Le phénomène est régulé : le <i>care</i> est décliné en principes de fonctionnement opérationnels	247
1.4. Le phénomène s'informe sur son propre comportement : les impacts d'un management par le « <i>care</i> » sont identifiés	248
1.5. Le phénomène se complexifie en système capable de décider : <i>le care</i> devient élément identitaire	248
1.6. Le système mémorise: le manager mobilise une « éthique du <i>care</i> » sur les bases de son expérience	249
1.7. Le système coordonne ses décisions d'action : l'éthique du <i>care</i> est un élément culturel	250
1.8. Le système innove : l'éthique du <i>care</i> participe à l'émergence du « rapport de flux »	250
1.9. Le système se finalise	251
Conclusion du chapitre 9	253
CONCLUSION GENERALE	254
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	261
Index des schémas et tableaux	276
Index des sigles utilisés	277

Index des schémas et tableaux

Schémas	pages
Schéma 1: La « Reliance » des éléments économiques et humanistes par l'éthique	37
Schéma 2: Les mécanismes de la gouvernance	53
Schéma 3: Le modèle Blake et Mouton	57
Schéma 4: Influence de l'éthique des managers selon L. Hirèche	78
Schéma 5 : La dynamique du « care »	85
Schéma 6: Carte heuristique des qualités du « bon manager » pour l'hôpital	177
Schéma 7: Le sensemaking intégré au modèles de leadership de Blake et Mouton	189
Schéma 8: Les composantes de la Gouvernance clinique	222
Schéma 9: Modélisation en 9 niveaux du système de pilotage par le « care »	252

Table des Tableaux : titres	pages
Tableau 1: Evolution de la répartition des dépenses de l'assurance maladie	19
Tableau 2 : Les évolutions ou mutations du « système hôpital »	31
Tableau 3: Eléments différenciant modèle bureaucratique et NMP	48
Tableau 4: <i>Servant leadership</i> : manières d'agir et principes d'actions	62
Tableau 5: Différents modèles de leadership (Baley 2002)	64
Tableau 6: Caractéristiques de la position téléologique et déontologique	71
Tableau 7: Les phases du « care » et leur dimension morale	81
Tableau 8 / Trois niveaux pour développer « l'éthique du care » : le sens, le processus, le contenu	230

Index des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

CP : Cadre de Pôle

DG : Directeur Général (de D, de B, de P. = de l'hôpital de D de B ou de P)

DA : Directeur adjoint

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

Inf. : Infirmier (e)

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

P.S. Partenaires Sociaux

PCME : Président Commission Médicale d'Etablissement

UNIVERSITE DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR
Ecole doctorale de Sciences Sociales et Humanités (ED 481)
Centre de recherche et d'études en gestion (CREG)

**LA DYNAMIQUE «ETHIQUE DU CARE»,
NOUVEL ENJEU POUR LA GOUVERNANCE :**
Contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital

THESE
pour l'obtention du titre de
DOCTEUR EN SCIENCES DE GESTION
Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 2014,
par
Marie-Claude MIREMONT

ANNEXES

JURY :

- Directeur de thèse :** **Monsieur Marc VALAX,**
Maître de conférences, Habilité à diriger des recherches,
IAE de Lyon, Centre de recherche Magellan
- Rapporteurs :** **Monsieur Emmanuel ABORD DE CHATILLON**
Professeur des Universités, IAE de Grenoble,
Chaire Management et santé
- Madame Delphine VAN HOOREBEKE**
Maître de conférences, habilitée à diriger des recherches,
IAE de Toulon
- Suffragants :** **Monsieur Jacques JAUSSAUD**
Professeur des Universités, Directeur du CREG, Université de Pau et des
Pays de l'Adour
- Monsieur Christophe GAUTIER**
Directeur du Centre Hospitalier de Pau, Professeur associé à l'Université
de Pau et des Pays de l'Adour

SOMMAIRE

–	ANNEXE 1: DERNIERES REFORMES HOSPITALIERES	281
–	Le plan hôpital 2007	281
–	La nouvelle gouvernance de 2005	283
–	Le plan hôpital 2012	283
–	La Loi Hôpital Patients Santé Territoires :	285
–	La loi a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé	285
–	ANNEXE 2 : HOSPIMEDIA.	295
–	CLASSEMENT DES DONNEES, RELATIVES AU MANAGEMENT ET A L'ETHIQUE MANAGERIALE, RECUEILLIES ENTRE SEPTEMBRE 2011 ET SEPTEMBRE 2013.	295
–	ANNEXES 3 : ENTRETIENS	305
–	Guide d'entretien (15septembre 2010).....	305
–	Répartition des entretiens et fonction des personnes interviewées	306
–	Fiches de traitement des données des entretiens réalisés sur les deux sites.....	307
–	Fiches des Entretiens complémentaires.....	328
–	Retranscription des entretiens (extrait).....	339
–	Entretiens préalables.....	339
–	Entretiens réalisés sur deux sites hospitaliers du sud de la France.....	341
–	Entretiens complémentaires	367

ANNEXE 1: DERNIERES REFORMES HOSPITALIERES

– Le plan hôpital 2007

Ce plan de modernisation de l'hôpital a été annoncé en conseil des ministres le 20 novembre 2002. En effet, bien que l'hôpital conserve la confiance des Français, il connaît un profond malaise (Rapport Piquemal, Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé, novembre 2002) : mauvaises conditions de travail à l'hôpital, évolution de la démographie médicale, transformation des attentes des patients et des pathologies, intensité des progrès technologiques...

L'objectif du plan était de parachever les réformes engagées en 1995-1996 avec comme axes principaux :

- Un changement de logique, en passant de la régulation administrée à l'autonomie :
 - en restaurant la confiance des acteurs du système hospitalier ;
 - en instaurant une tarification à l'activité incitative ;
 - en assouplissant la planification.

- Un accompagnement des évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat:
 - en soutenant l'investissement hospitalier par un plan quinquennal d'investissement ;
 - en confiant les enveloppes régionalisées aux agences régionales de l'hospitalisation ;

- en accélérant les réalisations par l'intervention facilitée des entreprises privées, des collectivités territoriales et des sociétés d'économie mixte dans les opérations de construction et d'aménagement immobilier à l'hôpital ;
 - en soutenant techniquement les projets par un accompagnement des ARH et des établissements.
- Un assouplissement et une modernisation des hôpitaux publics :
 - desserrer le carcan des contraintes : gestion interne des hôpitaux, régime budgétaire et comptable, culture du résultat et de la qualité, contractualisation...

Ce plan se concrétise par les ordonnances de 2003.

La loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 autorise le gouvernement, conformément à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance des mesures de simplification et de réorganisation dans le domaine sanitaire et social.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation :

- simplifie le régime des autorisations d'activités de soins en supprimant la carte sanitaire, mais en renforçant le rôle du schéma d'organisation élaboré par les agences régionales de l'hospitalisation ;
- vise à relancer la coopération inter hospitalière en supprimant le recours aux syndicats inter hospitaliers issus de la loi du 31 décembre 1970 au profit des groupements de coopération sanitaire instaurés par l'ordonnance du 24 avril 1996 ;
- instaure deux nouveaux modes de financement des investissements, voire du fonctionnement des hôpitaux avec le recours désormais autorisé au bail emphytéotique administratif. Ce financement à crédit a été la base du plan de rénovation hospitalière dénommé plan « Hôpital 2007 ».

– La nouvelle gouvernance de 2005

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé :

- rénove l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé. Elle impose des pôles d'activités cliniques et médicotechniques.
- instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens.

Ce renouveau de la gestion prévoit la mise sous administration provisoire des établissements publics de santé dont les recettes ne couvriraient pas les dépenses.

Le budget s'appelle désormais l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Les missions de service public vont disposer de la portion congrue du financement de la Sécurité sociale au travers des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

La gouvernance est exercée par un conseil exécutif qui, présidé par le directeur chef de l'établissement, sera composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, présidents de CME, et responsables des pôles.

Une véritable cogestion médecin-administration apparaît pour gérer les hôpitaux.

– Le plan hôpital 2012

Le plan Hôpital 2012 (annoncé du 13 février 2007) succède au plan Hôpital 2007. Il vise à maintenir durant la période 2007-2012 un niveau d'investissement équivalent à celui de la période précédente et nécessaire à la réalisation des SROS III, au développement des systèmes d'informations et à certaines mises aux normes de sécurité.

Le plan 2007 s'achève sans avoir couvert tous les besoins. Sur les trois priorités définies par le ministre (accompagnement des SROS, sécurité, SIH), selon une enquête réalisée auprès

des ARH, le montant total des investissements à prévoir pour les dix années à venir se situe dans une fourchette de 15 à 20 milliards d'euros. Les axes majeurs de la réforme globale engagée en 2003, la nouvelle tarification et la gestion financière, la gouvernance interne des établissements et la planification régionale sont en cours de développement, et ceci jusqu' à 2010-2012.

Le nouveau plan d'investissement doit garantir cette poursuite de dynamique, sans rupture.

Le principe d'un plan Hôpital 2012 associant la modernisation et l'efficacité, justifiant une sélection rigoureuse des projets retenus, est admis, du moins sur son principe. La mesure de l'efficacité par des outils du type « calcul du retour sur investissement », complété par une appréciation plus qualitative du service rendu notamment médical, sera intégrée dans la méthodologie de sélection des opérations ; L'objectif étant de vérifier qu'il n'y a pas de sur investissement, par sur dimensionnement ou absence de remise en cause des organisations.

L'ARH (niveau régional) inscrit dans le plan les opérations qui leur semblent devoir être réalisées en priorité.

Une enveloppe nationale devra être dégagée pour l'aide au financement des opérations exceptionnelles (sismique, amiante), les aides dans les autres domaines (incendie, électrique) seront appréciées par les ARH et devraient porter plutôt sur les petites structures, en évitant les effets d'aubaine, la mise en sécurité des bâtiments relevant normalement des crédits courants des établissements.

Ce Plan Hôpital 2012 mobilisera pour la période 2008-2012 près de 10 milliards d'euros d'investissements, dont 5 milliards apportés par l'Etat, en aides directes de l'Assurance Maladie. Il poursuit comme double objectif l'amélioration de l'efficacité de l'offre hospitalière, la poursuite de la modernisation technique des établissements de santé.

Le plan Hôpital 2012 est composé de deux volets, l'immobilier et les systèmes d'information (SI). Sa mise en œuvre est déclinée en deux tranches d'investissement.

L'effort d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans. Ce montant plafond s'ajoute aux investissements courants. Il permet de maintenir, sur la période 2008-2012, un niveau comparable au plan précédent. Ce plan s'appuie sur la mise en œuvre des SROS et priorisera des opérations répondant à des critères d'efficacité par la

mobilisation de ressources propres et par une programmation budgétaire cohérente avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation. Les circulaires fondatrices prévoient que les opérations immobilières satisfassent aux critères d'efficience dans les domaines sociaux, de sécurité, de qualité environnementale et d'organisation des soins. Le niveau des investissements informatiques hospitaliers va être accéléré et porté à 15% du montant des enveloppes régionales. Enfin une enveloppe spécifique est réservée au financement de ces opérations de mise aux normes de sécurité à caractère exceptionnel (normes antisismiques et opérations majeures de désamiantage...)

– La Loi Hôpital Patients Santé Territoires :

– La loi a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé

La Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Journal officiel, 22 juillet 2009), doit permettre la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale. Les principales mesures sont les suivantes :

- La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), regroupant notamment les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM),
- Une nouvelle gouvernance des hôpitaux,
- La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, le but étant de repeupler les déserts médicaux en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux,

- Des mesures de prévention et de santé publique.

Le titre 1 consacré aux établissements de santé modernise et rénove leurs missions et leur organisation interne.

Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de communautés hospitalières de territoire pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale d'établissement (CME), médecin élu par ses pairs, coordonnera la politique médicale avec le directeur, et non plus sous son autorité, comme le stipulait le texte initial. Les communautés hospitalières de territoire ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

—

– Le statut des établissements de santé est profondément modifié

Deux nouveautés apparaissent :

- la définition d'un statut unique pour l'ensemble des établissements de santé afin de simplifier leur gestion et faciliter les coopérations hospitalières. Cette définition se fonde non plus sur le statut mais sur les missions des établissements de santé,
- La création des établissements de santé privés d'intérêt collectif qui remplacent de manière générale les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

La loi simplifie également les catégories d'établissements :

- S'agissant des établissements publics de santé, seuls les centres hospitaliers (régional et/ou universitaire) demeurent. Les hôpitaux locaux disparaissent. Ces centres ont un statut unique, qui peut être élargi à la région. Ils sont de ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national.
- S'agissant des établissements privés : jusqu'à aujourd'hui, l'exécution des missions de service public reposait sur deux catégories : les établissements privés à but non lucratif

participant au service public hospitalier (PSPH), et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH). Les missions de service public peuvent être désormais assurées par un établissement de santé quel que soit son statut. De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur PSPH, la loi crée une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC). Sont qualifiés d'ESPIC: les centres de lutte contre le cancer et les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès des agences régionales de santé (ARS).

- La notion de service public n'est plus associée uniquement à l'hôpital et se définit à partir de 14 missions

Concernant les missions de l'hôpital, l'élément essentiel est le changement de terminologie, qui substitue la notion de **service public** à celle du service public hospitalier. De nouveaux acteurs de soins entrent dans le service public : les personnes morales et physiques à but lucratif. Le directeur de l'ARS organise l'offre de soins du service public au sein d'un territoire de santé.

Quatorze missions de service public sont définies :

- La permanence de soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et postuniversitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

- L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieux pénitentiaires, et, si nécessaire, en milieu hospitalier selon des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

– La gouvernance des établissements de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotée de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités, d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles des fondations d'utilité publique sur le développement du mécénat s'appliquent.

Les règles de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts et sont approuvées par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration.

Le **conseil de surveillance** remplace le conseil d'administration. Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des CHU et les conventions de partenariat ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire (CHT) dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet de fusion avec un ou des établissements publics de santé ;
- le rapport annuel de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénation, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et de dépenses et sur le programme d'investissement. Il communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est composé de collègues composés à nombre égal :

- d'au plus cinq représentants des collectivités territoriales, parmi lesquels figure le maire de la commune siège de l'établissement principal et du président du conseil général ;

- d’au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l’établissement public, dont le représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques, les autres membres étant désignés à parité respective par la commission médicale d’établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives ;
- d’au plus cinq personnes qualifiées, parmi lesquelles deux personnes désignées par le directeur général de l’ARS et 3 par le préfet de département, dont 2 représentants des usagers.

Le conseil de surveillance élit son président, choisit parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnes qualifiées. Les représentants du personnel de l’établissement hospitalier ne sont pas éligibles.

Le directoire et le directeur de l’établissement ont des nouvelles missions

Le directeur de l’établissement :

- conduit la politique générale de l’établissement. Il représente l’établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice. Il est ordonnateur des dépenses et recettes de l’établissement...
- dispose de larges pouvoirs dont un pouvoir de nomination dans l’établissement. Il propose au directeur général du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins après avis des commissions administratives paritaires. Sur proposition du chef de pôle ou du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose au directeur du CNG, la nomination et la recherche d’affectation des personnels médicaux pharmaceutiques et odontologiques.
- exerce son autorité sur l’ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles.
- Après concertation avec le directoire, il conclut le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM), les délégations de service public avec l’Ars ;
- ...

Les directeurs des CHU et CHR sont nommés par décret. Pour les autres établissements, ils sont nommés par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois candidats proposés par le directeur général de l’ARS, après avis du président du conseil

de surveillance. Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Le directoire

Le président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement.

Le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement. Il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte 7 membres et 9 dans les CHU :

- le directeur, président du directoire,
- le président de la CME, vice-président,
- le président de la commission des soins infirmiers,
- des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance. Dont trois membres de profession médicale, qu'il nomme sur présentation d'une liste établie par le président de la CME. Pour les CHU cette liste est établie par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, en cas de désaccord, le président nomme les membres de son choix.

L'organisation interne des établissements publics de santé est définie en pôles d'activité.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.

Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

Le directeur signe avec le chef de pôle un **contrat de pôle** précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;

Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une activité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, leur rémunération peut faire l'objet de retenues.

Contrat avec des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé

Le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer aux activités de soins de l'établissement dans la cadre d'un contrat.

Des auxiliaires médicaux libéraux peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions

de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.

Une clause de non concurrence de deux ans peut être opposée aux praticiens hospitaliers démissionnaires ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans un même établissement.

– Les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités : CHT et GCSM.

Les **CHT : communautés hospitalières territoriales** entre établissements public de santé, peuvent conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétence et à la télémedecine. Un établissement ne peut être partie que d'une seule convention de CHT. Un ou plusieurs établissements peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT. La convention est préparée par le directeur et les présidents des CME et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements, après avis de leurs conseils de surveillance. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.

Les **GCSM : groupements de coopération sanitaire de moyens**, peuvent être constitués par des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médicotéchniques, d'enseignement ou de recherche ; pour réaliser des équipements d'intérêt commun et pour être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation des équipements lourds ; permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement. Ce groupement poursuit un but non lucratif et est soumis à une convention approuvée par le directeur de l'ARS.

– Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

L'ANAP des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué de l'Etat, de l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam) ; la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

Elle a pour missions d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils. Elle en assure le suivi la mise en œuvre, pour permettre aux établissements de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, de suivre et de maîtriser leur performance. Dans le cadre de son programme, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion ou de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements.

Le président du Conseil d'administration et le Directeur de l'ANAP sont nommés par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité.

- Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, une dotation versée par la CNSA, des subventions de l'Etat des collectivités publiques, des établissements publics, de l'Union Européenne

-ANNEXE 2 : HOSPIMEDIA.

- Classement des données, relatives au management et à l'éthique managériale, recueillies entre septembre 2011 et septembre 2013.

N°	Dates	Titre	Objet
1	5 septembre 2011	Séminaire introductif de la chaire « Management des établissements de santé »	Annonce d'un séminaire ayant pour objectif de « répondre aux interrogations de professionnels qui souhaitent prendre du recul et interroger leurs pratiques de management dans une perspective scientifique »
2	21 septembre 2011	Gouvernance des établissements de santé. Le médecin plus apte à diriger un hôpital que son directeur	Communication au sujet d'une étude américaine, menée auprès de 100 hôpitaux américains, qui « <i>argue d'une qualité des soins améliorée de 25 % en cas de médecin-directeur</i> »
3	26 septembre 2011	Formation professionnelle, l'ANFH (Association Nationale de Formation Hospitalière) joue collectif avec l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) et l'EHESP (Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique)	Annonce d'un accord de partenariat qui vient de se conclure entre l'ANFH et L'ANAP et entre l'ANFH de l'EHESP pour : « <i>développer des synergies facilitant leur travaux respectifs dans leurs champs communs de compétences</i> » et mettre en place des groupes de travail animés par l'ANFH en vue de concevoir des programmes de formation spécifiquement dédiés aux équipes dirigeantes des établissements de santé
4	3 octobre 2011	Ne financer que l'activité utile : une réponse du SYNCASS à la dégradation de la situation	Communication sur le fait que le SYNCASS-CFDT « alerte l'état sur la dégradation de la situation des établissements de santé... et proposer de ne financer que l'activité utile avec une rémunération des acteurs de santé plus sur la qualité que sur la quantité »

N°	Dates	Titre	Objet
5	19 octobre 2011	Bilan des 100 pôles d'excellence. Une expérience positive amenée à se développer	Communication sur le bilan présenté détaillé du dispositif « 100 pôles d'excellence », lancé suite à la mise en place de la loi HPST et de la nouvelle gouvernance et visant à répondre « aux nouvelles fonctions attendues chez le chef de pôle »
6	20 octobre 2011	La CHT du Sud-Alsace signe sa convention constitutive	Annonce d'une CHT signé entre 6 établissements avec « un projet médical commun » et un « management commun et partagé »
7	10 novembre 2011	Des enquêtes en enfilade aux conclusions toujours inquiétantes	Communication sur le travail « <i>exemplaire</i> » réalisé par la CFDT par ses enquêtes sur les conditions de travail dans les différentes filières hospitalières, où les soignants « <i>ont répondu en masse pour évoquer le malaise</i> »
8	10 novembre 2011	Des managers et médecins tout aussi déboussolés	Communication sur les différents syndicats qui ont aussi menés des enquêtes pour chercher à établir un état de la situation auprès de la communauté managériale et médicale
9	15 novembre 2011	Repères RH. Le coaching incontournable dans une société en changement	Article sur la place que prend la pratique du coaching sur le secteur sanitaire et médicosociale, comme accompagnement individualisé dans l'exercice des fonctions d'encadrement dans « <i>le contexte de fortes évolutions organisationnelles</i> ».
10	16 novembre 2011	Nadine Barbier prend la tête du pôle ressources humaines hospitalières de la FHF (Fédération Hospitalière de France)	Information relative à une prise de fonction, visant la charge au sein de la FHF de « la promotion et la valorisation de la politique des ressources humaines des établissements de santé et médico-sociaux »
11	16 novembre 2011	4e Rencontres du management de pôles. La délégation de gestion joue le grand écart entre CHU et petits hôpitaux	Article relatant les difficultés, voire réticence des hôpitaux, autres que CHU à mettre en place la délégation de gestion et à formaliser les contrats de pôle

N°	Dates	Titre	Objet
12	21 novembre 2011	Pierre Coriat, président de la CME de l'AP-HP. La refonte des pôles vient consacrer la création des douze groupes hospitaliers	Retranscription d'une interview réalisée de 11 mai auprès du président de la CME de l'AP-HP autour du bilan du premier découpage en pôle de 205 et des perspectives par rapport à sa refonte présentée récemment en CME (Commission Médicale d'Établissement)
13	25 novembre 2011	27e journées des aides-soignants. A chacun son espace	Article relatant les liens entre gestion du temps et souffrance au travail, thème choisi pour la 27 e journée d'étude et de formation des aides-soignants
14	1 décembre 2011	ENCC (Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune) 2011. Les hôpitaux bien éligibles au fonds de 5 milliards d'euros	Information que F Valletoux a rassuré les participants au séminaire de l'ENCC, pour ce qui concerne leur éligibilité au fonds d'épargne de 5 milliard d'euros, rappelant que seuls les hôpitaux publics sont « <i>légitimes</i> » pour garantir les missions de service public.
15	7 décembre 2011	La lutte pour garder le secret médical n'est pas finie	Article relatant la mise à mal du secret médical tout particulièrement à l'hôpital et « nouvelle acculturation de l'éthique et du respect de la confidentialité à l'hôpital, à la veille du grand soir du Dossier Médical Personnel (DMP)
16	15 décembre 2011	Education thérapeutique du patient. Suspendue aux questions de financement	Article relatant une étude de l'observatoire de la régionalisation sur l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients, « <i>thématique qui semble connaître un regain d'intérêt mais dont le déploiement reste lié aux problématiques financières et actions d'accompagnement par la loi HPST</i> ».
17	11 janvier 2012	Elections 2012. La FHF dévoile 57 propositions pour réformer la santé dans le prochain quinquennat	Information relative aux souhaits de la FHF, en prévision des échéances électorales : 57 propositions et 10 recommandations centrales le tout compilé en 12 axes principaux.
18	16 janvier 2012	Caroline Merdinger-Rumpler, maître de conférences à l'École de management de Strasbourg « il faut dé diaboliser le marketing hospitalier	Article autour de la question du marketing et de sa conciliation avec l'hôpital public

N°	Dates	Titre	Objet
19	1 février 2012	Management éthique de la GRH. Une théorie consensuelle mise à mal sur le terrain	Article relatant le fait que la GRH confrontée à de « multiples contraintes qui ouvrent une brèche au développement d'une approche productiviste utilitaire, une réflexion éthique permet de revenir à l'essence même de ses pratiques ».
20	15 février 2012	Fusion de l'EHEPSP dans le PRES (Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur) Sorbonne Paris-Cité. Les élèves réaffirment l'identité forte et la spécificité de leur école	Article relatant l'éventuelle fusion de L'EHEPSP (Ecole de Hautes Etudes de Santé Publique) : crainte d'une remise « <i>en question de la mission fondamentale de formation des cadres hospitaliers assurée par l'EHEPSP</i> »
21	16 février 2012	Projet de contrat d'objectifs et de performance de l'EHEPSP. La FHF et d'ADH n'envisagent pas pour l'heure de demander l'automatisation des formations hospitalières	Communication relatant la demande de la FHF et de l'ADH de renforcement des professionnels au sein de l'école. Six propositions pour guider le futur COP
22	23 février 2012	Elections 2012 « génération HPST » en appelle aux présidentielles pour « sauver » l'hôpital public	Article relate l'appel auprès des candidats à l'élection présidentielle pour enrayer « <i>le mouvement de privatisation... et la bureaucratisation croissante</i> »
23	7 mars 2012	Rapport de l'ADH. Egalité hommes-femmes : mode d'emploi	Communication sur la publication de rapport 2012 de l'ADH du l'égalité hommes-femmes témoignant « <i>du chemin à parcourir au niveau de l'égalité professionnelle mais aussi en matière culturelle</i> »
24	23 mars 2012	Journée internationale du marketing santé : comment et dans quelles limites « marketer » la santé	Annonce relative à la seconde journée internationale du marketing santé autour de la question « <i>comment et dans quelles limites 'marketer' la santé ?</i> »
25	8 mars 2012	Contrat d'objectifs et de performance de l'EHEPSP, pas de fusion en perspective	Annonce que suite au dernier CA, de EHEPSP, si cette école était n'a pas vocation à fusionner avec le PRES
26	12 mars 2012	Cure de jouvence pour les métiers de la santé	Information relative à la campagne de valorisation des métiers de la santé, campagne de recrutement avec pour titre « <i>la santé, c'est 200 métiers et autant de façons de voir son avenir</i> »

N°	Dates	Titre	Objet
27	12 mars 2012	Représentant des usagers : une denrée rare	Article relatif aux droits et à la reconnaissance des usagers. Malgré une évolution et la loi du 4 mars 2002 des enquêtes montrent une faible représentation, un déficit de communication, un manque de reconnaissance
28	13 mars 2012	Repères RH. Président de CME, ça s'apprend	Article relatif aux besoins de formation des médecins pour assurer leur fonction de président de CME
29	30 mars 2012	Deux ans d'ARS, Directeurs, élus et usagers restent sur leur faim	Article faisant le bilan de la situation des ARS perçues comme : « <i>un peu trop souvent omnipotents, voire même parfois dans l'excès de zèle</i> » car s'immiscent trop dans la gestion interne des établissements
30	17 avril 2012	Management des établissements de santé, place aux jeunes !	Article sur les difficultés d'intégration et de management de la génération Y (1978-1995). Référence à un article de A. Dammak et B. Pauget « <i>L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?</i> » - <i>Pratiques et organisation des soins, vol. 43, n°1/janvier-mars 2012</i>
31	18 avril 2012	Rapport de mission Hôpital public. Les hospitaliers réclament stabilité et flexibilité	Communication sur le rapport remis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé le 18 avril. La lettre de mission avait été transmise en juin l'an dernier et la mission était pilotée par F. Boiron Directeur du CHU de St Etienne et président de l'association ADH, et le Dr F. Fellingier, conseiller général des établissements de santé. (Cf. résumé de ce rapport dans notre document p....)
32	4 mai 2012	Devenir GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice. Le CHU impute à Lentral le risque d'échec du groupement	Communication sur une groupement CHU et fondation, en phase d'expérimentation, mais dont le devenir est incertain avec une dégradation financière non reconnue par la fondation.

N°	Dates	Titre	Objet
33	15 mai 2012	CHU de Marrakech et CH de Rouffach. Une convention de coopération signée pour développer les échanges	Communication relative à la signature d'une convention (valable 5 ans) entre ces 2 établissements afin de développer les échanges dans une perspective de développer les connaissances médicales et soignantes et d'enrichir les pratiques.
34	22 mai 2012	Hôpital Expo 2012. Les usagers et le public satisfait, le privé désarçonné	Communication sur la réception du discours d'inauguration par Marisol Touraine : ou l'évocation de « <i>redonner un élan au droit individuel et collectif du patient</i> » a été plutôt bien reçu, mais la suite du discours sur la volonté de valoriser le service public hospitalier, a été salué par les directeurs de celui-ci mais a « <i>choqué</i> » le président de le FHP (Fédération d'Hospitalisation Privée)
35	22 mai 2012	Hôpital Expo 2012. Politique e RSE à l'AP-HP : voie de fidélisation du personnel de santé	Communication sur l'expérience de l'AP-HP qui « a mis en place une politique de Responsabilité Sociale et Environnementale (RSE) qui est aussi un moyen de limiter le turn over et de fidéliser son personnel de santé. »
36	23 mai 2012	Hôpital Expo 2012. La fragilisation des corps intermédiaires de management impacte la qualité de vie au travail	Article qui développe l'importance de « <i>remettre les managers de proximité au cœur de l'activité des établissements de santé</i> » thème et argumentation soutenus par des intervenants lors d'une conférence consacrée à la qualité de vie au travail.
37	5 juin 2012	Développement durable. L'édition 2012 du guide des pratiques vertueuses disponible	Information relative à l'annonce de la publication de l'édition de son Guide des pratiques vertueuses par le Comité pour le développement durable de la santé (C2DS)
38	6 juin 2012	Ressources humaines. La direction générale du CHU de Nantes veut favoriser la convergence médico-soignante	Information relative au rapport du cabinet d'experts Syndex sur les conditions de travail du personnel du CHU de Nantes.
39	8 juin 2012	Médico-social. Large succès du tableau de bord de pilotage de la performance	Information relative aux constats publiés par l'ANAP suite à l'expérimentation de son tableau de bord de pilotage de la performance dans 448 établissements et services médico-sociaux.

N°	Dates	Titre	Objet
40	11 Juin 2012	<i>5e rencontres du management des pôles de la FHF. 13 novembre 2012</i>	<i>Information relative à l'organisation prochaine par la FHF de la « 5e rencontre management des pôles ». avec pour thématique centrale « les leviers du changement »</i>
41	14 juin 2012	<i>La réorganisation de l'offre de soins passera par un remaniement du management</i>	<i>Article relatif à l'implantation de Maisons, Centres et Pôles de santé comme réponse aux déserts médicaux et problèmes de démographie médicale et des critères de choix d'installation pour répondre aux besoins territoriaux</i>
42	15 juin 2012	<i>Dialogue social. La Conférence nationale des directeurs de CH se structure en sept groupes de travail</i>	<i>Information relative à une réunion du 6 juin où la CNDCH a acté la mise en place de 7 groupes de travail, 4 mois après la réélection de son président D. Fréchou</i>
43	20 juin 2012	<i>L'ANAP publie un guide sur le management des pôles</i>	<i>Information relative à la diffusion d'un guide, axé sur le pilotage opérationnel des projets au sein des pôles, par l'ANAP</i>
44	21 juin 2012	<i>Dialogue social. Le conflit perdue à Fourmies entre le directeur et la CGT</i>	<i>Communication sur une situation de crise à l'hôpital de Fourmies dans le Nord avec une action des syndicalistes CGT visant à faire virer le directeur « au pseudo-management totalement incohérent et inhumain » alors que pour sa part le directeur P ; Deboosère se dit « déterminé à conduire ses fonctions et objectifs fixés par l'ERS à savoir mettre en place un projet médical sur le territoire. »</i>
45	27 juin 2012	<i>Ressources Humaines. L'ANAP propose AETTAPES pour auto-évaluer l'optimisation du temps de travail des professionnels</i>	<i>Communication sur un outil proposé par l'ANAP : outil « simple » et « ergonomique » qui prend la forme d'un questionnaire qui permet de mesurer « le degré de maturité de l'organisation de travail ». Structuré autour de 3 axes : temps médical, temps paramédical et management transversal des temps de travail.</i>
46	5 juillet 2012	<i>Ressources Humaines. Les valeurs de service public « continuité » et « efficacité » davantage mobilisée par la FPH</i>	<i>. Information relative à une enquête menée par le Réseau des écoles de service public (RESP) dont il ressort en résumé que « des lignes de clivage dans la hiérarchie des valeurs entre les valeurs de référence, les valeurs en actes et celles perçues comme attendues par les parties prenantes »</i>

N°	Dates	Titre	Objet
47	6 juillet 2012	Dialogue social. La CFCT Santé-sociaux présente 50 mesures pour améliorer les conditions de travail de l'hôpital	Communication sur les 4 leviers et 50 propositions de le CFDT Santé-sociaux, faisant suite à l'enquête d'état des lieux réalisée l'an dernier sur les conditions de travail dans les établissements de santé.
48	6 juillet 2012	Qualité en 2011, la HAS renforce son rôle d'acteur de la régulation par la qualité	Communication sur la confirmation et l'extension des missions de la HAS, avec l'annonce d'une certification 2014 « <i>plus centrée sur l'opérationnel, le management, les zones à risques et les équipes de soins</i> »
49	12 Juillet 2012	Journée des innovations managériales à l'hôpital	Annonce d'un colloque national, le 26 octobre prochain sur le « <i>thème des innovations managériales à l'hôpital</i> » organisé par la chaire « Management des établissements de santé » de l'institut du management de l'EHESP
50	12 Juillet 2012	Colloque de l'ADH : Managez équilibré !	Annonce d'un colloque, organisé par le ADH, le 18 octobre prochain, qui portera sur « l'intérêt d'une gestion égalitaire et équitable dans le management hospitalier : articulation vie professionnelle/vie privée, carrières et relations professionnelles hommes/femmes, valeurs, promotion de la diversité et responsabilité sociétale... »
51	23 juillet 2012	Repères RH. Le lean management sort le personnel de sa réserve	Article relatif à l'entrée dans certaines organisations hospitalières du lean management inspiré des méthodes du management industriel
52	31 juillet 2012	Ressources humaines. L'ADH défend la parité et la mixité à l'hôpital auprès de la ministre des Droits des femmes	Communication sur la rencontre entre l'ADH et la ministre des Droits des femmes, Najat Vallaud-Belkacem et son chef de cabinet Eric Lajarge
53	9 Août 2012	2e journée de l'EHESP et l'ANFH : « Prendre soin du travail	Annonce d'une journée, avec des échanges entre professionnels et chercheurs à destination des dirigeants, cadres, médecins chefs de pôle des établissements sanitaires et médico-sociaux. Sous la forme de tables rondes organisées les 12 octobre prochain.

N°	Dates	Titre	Objet
54	4 septembre 2012	Ressources humaines, l'équilibre financier ne garantit pas une bonne gestion hospitalière, selon l'IGAS (inspection générale des affaires sociales)	Il est ici fait référence à la complexité du pilotage d'un établissement, la variété des leviers mis en œuvres, expliquant des situations financières différenciées.
55	19 septembre 2012	La HAS lance dès la fin 2012 des expérimentations dans le travail en équipe	Une information de la HAS, dans son Journal de l'accréditation des médecins (n° 25, septembre-octobre 2012) portant sur la réduction des risques via le développement d'une dynamique d'équipe
56	12 octobre 2012	Si la T2A manque de neutralité, elle ne nuit pas au management	Il s'agit ici de l'évocation de deux rapports d'analyse de la tarification à l'activité, par l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) sous 2 aspects : tarifaire et managérial
57	19 octobre 2012	Ressources humaines : Paroles de femmes pour combattre le sexisme chez les directeurs d'hôpital	Article abordant la question du sexisme à l'hôpital et les conseils de l'Association des directeurs hospitaliers pour rééquilibrer la parentalité et insuffler du féminisme dans les directions
58	26 octobre 2012	Ressources humaines, les statuts hospitaliers obstacles à la coopération et aux nouveaux métiers	Article sur la problématique du décloisonnement des compétences entre professionnels de santé et le besoin de nouveaux métiers, suite au 6ème congrès interrégional de la FHF, à Toulouse les 25 et 26 octobre
59	26 octobre 2012	Ressources humaines, les managers hospitaliers dans l'arène	Information relative à une table ronde intitulée « Tauromachie, rugby et management hospitalier » organisée lors du 6ème congrès interrégional de la FHF à Toulouse : « <i>tableau d'autant plus fin qu'inattendu de l'art de bien manager un établissement</i> »
60	14 novembre 2012	Ressources humaines, à la recherche de meilleures prises en charge via le management des pôles	Evocation de retours d'expériences visant à optimiser la prise en charge et le parcours patient, initiatives de 3 CHU à l'occasion de la 5ème Rencontres du management de pôles organisées par la FHF
61	7 décembre 2012	Ressources humaines, l'ADH publie une plateforme de propositions pour un management plus équilibré	Information relative à l'ouverture d'une plateforme participant à développer la promotion de l'égalité des chances pour impulser la mixité dans les nominations internes
62	14 janvier 2013	Dialogue social, L'AMUF (Association des médecins urgentistes de France) salue les pré-conclusions d'Edouard Couty dans le cadre du Pacte de confiance à l'hôpital	Article évoquant l'accord de point de vue de l'AMUF sur « <i>le constat d'un hôpital mis à mal par une série de réformes sans cap, qui a perdu ses repères et le sens de sa mission, sans perspectives autres qu'une politique technocratique de maîtrise des dépenses</i> »
63	15 février	Politique de santé, l'IGAS tire	Article qui évoque l'analyse des

	2013	les leçons de plus de 100 missions pour poser 10 questions sur l'hôpital	conclusions d'une centaine de missions de contrôle, d'évaluation, d'appui et de conseil vers une « <i>gouvernance adaptée</i> »
64	21 mars 2013	Ressources humaines, Directeur et président de CME, les deux fers de lance du dialogue hospitalier	Article fait référence à la question, posée dans le cadre des journées de l'ADH (Association des Directeurs Hospitaliers), suite au rapport « Pacte de confiance » de « <i>l'unité conceptuelle</i> » qui lie le directeur à son président de CME

– ANNEXES 3 : ENTRETIENS

– Guide d’entretien (15 septembre 2010)

Données générales : Âge, Formation diplômes Parcours professionnel, Arrivée dans cet hôpital et postes occupés

Question 1 : Considérez-vous que diriger, manager les ressources humaines à l’hôpital comporte des spécificités qu’on ne retrouve pas dans la direction ou le management d’une entreprise lambda?

Question 2 : Y a-t-il des valeurs humanistes sur lesquelles s’appuient l’accueil, le soin et ou l’accompagnement des malades, des familles que vous pensez transposables dans la gestion des ressources humaines ?

Question 3 : Un agir éthique en management c’est quoi ?

Question 4 : Comment qualifieriez-vous votre mode de management, qu’est qui est fondamental pour vous, qu’est-ce qui fait qu’on est un bon manager ?

Question 5 : Quelle est la place, ou pas, de « la reconnaissance » dans la manière de diriger, de manager vos cadres, vos agents votre équipe ?

Question 6 : Quelle est la place, ou pas, du « care » (dans le sens du souci de l’autre) ?

Question 7 : Quelles est la place donnée à l’« autonomie », « marge de manœuvre », « pouvoir », donnés ou attendus du cadre, de l’agent ? Comment est-il favorisé, stimulé ?

Ces questions n’ont pas été posées de manière chronologique, mais présentées en début d’entretien afin de laisser à la personne la liberté de rebondir plus particulièrement sur un de ces points.

Au cours de l’entretien pouvaient être posées des questions visant une clarification et/ou une exploration plus précise des propos ou des représentations de la personne. Une question du guide, non abordée par la personne, pouvait aussi être reposée avant la fin de l’entretien. Parfois au moment de se quitter alors que l’entretien était a priori terminé la personne rajoutait des éléments qui pouvaient me sembler importants. Je proposais alors de repartir de cette question lors d’un prochain entretien.

– Répartition des entretiens et fonction des personnes interviewées

Entretiens	Origine	Nombre de personnes	Nombre d'entretiens
<i>Entretiens préalables</i>			
Directeur Général	CH de A	1	1
Directeur Adjoint	CH de A	1	1
DRH et développement projets	CHU	1	1
<i>Entretiens exploratoires</i>			
Site 1			
Directeur général	CH de B.	1	3 : à 1 an de distance
Directeur des ressources humaines	CH de B.	1	1
Coordinatrice des soins	CH de B.	1	1
Directeur des soins	CH de B.	1	1
Infirmières	CH de B.	2	1
Cadres	CH de B.	2	1
Partenaires sociaux	CH de B.	4 ((2 personnes présentes à chaque entretien)	2
Site 2			
Directeur général	CH de D.	1	3 (même personne à 1 an de distance)
Directeur des ressources humaines	CH de D.	1	1
Coordinatrice des soins	CH de D.	1	2 (même personne à 1an ½ d'intervalle)
Médecin président de la CME	CH de D.	1	1
Infirmière	CH de D.	1	1
Médecin praticien	CH de D.	1	
Cadre	CH de D.	1	1
<i>Entretiens complémentaires</i>			
Directeur général	CH de P.	1	1
Directeur adjoint	CH de C.	1	1
Directeur des Soins	CHU de Di.	1	1
Direction des Soins	CH de D.	1	1
Médecin	Activité remplaçant	1	1
CSS assurant fonction DS	CH de Bo. (psych)	1	1
Au total : 28 entretiens réalisés			

– Fiches de traitement des données des entretiens réalisés sur les deux sites

– *Hôpital de D*

Directeurs : DS DDS	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Complexité	« je pense que c'est moins complexe de diriger dans une entreprise lambda »
	Pouvoir médical	« Le pouvoir aujourd'hui est plus du côté médical avec les dernières réformes, alors que j'ai l'impression qu'on ne dirait pas au directeur d'un Carrefour qu'il aura quelqu'un avec un pouvoir fort à côté, en particulier pour le choix du personnel »
Le « bon » manager	Capacité d'écoute	« ce qui me revient souvent c'est ma capacité d'écoute et ma capacité d'accepter la différence »
	Interdépendance	« ce n'est pas la recherche du pouvoir qui m'a motivée pour ce poste, c'est de travailler dans le collectif, d'être avec d'autres »
Valeurs / Agir éthique	Respect/ bienveillance	« Au mois de décembre est paru un document de document de l'HAS sur la bienveillance. On s'est demandé si dans l'urgence on est pas parfois maltraitant »
	Respecter le professionnel et les besoins de l'établissement	« C'est ne pas utiliser le poste qu'on a pour prendre des décisions à l'arrache, mais permettre aux personnels d'intégrer, d'être d'accord avec la décision, ne pas faire de tort, en respectant les besoins de l'établissement, mais en première intention écouter la demande de la personne »
Care,	Reconnaissance	« On va poser les gens là où ils ont de l'expérience, c'est le moyen de reconnaissance de la compétence »
	Le souci de l'autre	« Le souci de l'autre, c'est le visage de l'autre, les yeux gonflés...ça je sais bien faire, mais ça c'est infirmier, c'est tout »

Directeurs : DS DD Qualité	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Service public/humain	« on ne travaille pas sur des produits, mais dans l'humain, on n'est pas une entreprise mais un service public, on va jusqu'à éviter le mot client pour utiliser plutôt usages, patient, résident. Quand je rentre ou sors de l'hôpital je vais croiser des gens, un couple avec un bébé qui sort de maternité et en même temps d'autres en pleurs »
	Souffrance	« C'est un milieu dur, 60 ans, place aux jeunes, je pars mais je pars parce que je ne me sens plus bien dans ce contexte, plus d'engueulades que de reconnaissance. Je sais que dans le même contexte on ne peut pas faire mieux que ce que je fais. Ma carrière, ma femme en a souffert, quand je rentre et que je suis sombre la famille subit »
Modèle « bon » manager	Participatif	« Mon rôle c'est d'avoir une vision globale. Je préfère assumer quelque chose que je n'aurais pas fait comme ça, voire une erreur, plutôt que d'avoir à dire de A à Z comment faire »
Valeurs / Agir éthique	Estime/ respect mutuel	
	Faire le bon choix	« Faire en sorte que les ressources soient le mieux employées possible...c'est toujours prioriser et re prioriser par rapport à des besoins toujours plus nombreux. Le risque c'est de faire le mauvais choix »
Care	Reconnaissance	« La reconnaissance n'y est plus, je pars pour ces raisons là...donner, donner, donner, sans reconnaissance, de temps en temps il faut pouvoir dire aux gens, c'est bien ce que vous avez fait »

Directeurs : DDG	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Formation non adaptée	« Il y a un décalage entre la formation actuelle en management et les besoins du terrain. Le système français qui repose sur des cursus très différenciés, sur des diplômes et une approche de professionnalisation assez limitée, repose beaucoup sur l'expérience et peu sur des acquis universitaires pour les cadres »
	Direction non légitime	« L'autorité ne se déclare pas elle se conquiert par une reconnaissance spécifique à l'hôpital, différente de l'administration classique avec des chefs et des sous-chefs et des agents qui sont amenés à obéir. L'acteur et le système ne s'est jamais appliqué à l'hôpital du fait de la présence des médecins. La direction n'est pas une fonction considérée comme légitime à l'hôpital »
	Compétence à diriger avec un pouvoir fort	« Le directeur non médecin est de plus en plus légitime dans sa capacité aujourd'hui à manager, à fixer des objectifs. Manager c'est faire en sorte que tout le monde tire dans la même direction » « Dans le contexte difficile et qui va le devenir de plus en plus sur le plan budgétaire, il faut un pouvoir fort... Or il me semble inenvisageable de voter au niveau du directoire, c'est au directeur in fine de décider, dans le directoire le directeur est en minorité »
	Mais on ne peut gouverner seul : management participatif	« le management participatif est de fait aujourd'hui. Les rapports de la direction avec les médecins, avec le président de la CME, alter égo du directeur fait que le mode de gestion est de fait participatif. Les choix stratégiques ont toujours étaient faits en parlant avec le conseil exécutif (CE) et maintenant le directoire. Le comité exécutif qui a été supprimé par la loi HPST, il fallait le retrouver, en Aquitaine on a reconstitué le CE qui se réunit moins souvent » « le directeur il doit être capable d'arbitrer et de trancher mais avant en capacité d'écouter, d'analyser la situation pour prendre la meilleure option ».
	Anticiper dans un monde d'incertitude	« (le directeur) doit capter ce qui se passe à l'extérieur, anticiper dans un monde d'incertitudes, comprendre ce qui se passe pour décliner la stratégie, faire partager la vision...soi-même avoir les idées bien en place, soi-même avoir une analyse alors que le système est de plus en plus complexe de moins en moins géré car les systèmes public gèrent au jour le jour » « Un collègue disait, "moi j'attends que l'ARS me dise", il ne faut pas attendre de l'extérieur il faut être en capacité de percevoir ce qui va se passer et avoir des stratégies et des propositions »
	Métier de plus en plus difficile	« On doit gérer des contradictions, des injonctions contradictoires. Cursus et caractère vont faire la réussite ou non dans ce métier de plus en plus difficile »

Modèle « bon » manager	communiquant	« Que les messages passent bien...on est certain que les messages sont passés quand on a le sentiment que la stratégie est partagée, n'est pas remise en cause »
	Congruence et exemplarité	« Pour moi on fait le management qui correspond à sa personnalité si non on devient schizophrène...Pour moi le directeur doit être exemplaire, quand il tient un discours, il faut qu'il soit cohérent avec son discours, une attitude humaine qui fasse que le message à faire passer soit didactique »
	Le taux d'absentéisme indicateur de la qualité du management	« Le critère de réussite c'est celui de l'adhésion de l'équipe qui se traduit par peu d'absentéisme »
Valeurs/ Agir éthique	Respect (qui vient de la connaissance)	« je crois beaucoup que les choses se disent plus facilement quand les gens se connaissent, j'ai toujours favorisé le travail des partenaires sociaux, ma conception est qu'ils doivent pouvoir travailler. Si on respecte les hommes et les institutions on sera aussi respecté... je jouerai mon rôle de directeur, mais en même temps ils seront respectés »
	Loyauté	« la direction des soins est une direction très importante, il est important pour moi qu'elle soit loyale par rapport aux décisions »
Care,		

Directeurs : DDRH	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Mettre en œuvre des réformes	« Le mot réforme est ambiguë, cela voulait dire plus et mieux, aujourd’hui on ne sait pas si c’est faire évoluer l’hôpital public ou faire disparaître l’hôpital public »
	Cadres de pôles à forte compétence	« Il faut des cadres de pôle solides. On a acté qu’il faudrait une formation d’adaptation au poste de type Master, si non modulaires, moins exigeante. Les cadres supérieurs de santé doivent quasiment détenir les mêmes compétences qu’un directeur : fonctionnement du système de santé, connaître le financement du pôle, vision claire des règles statutaires »
	Interdépendance	« (les cadres de pôle) doivent travailler avec la direction des soins et la direction des ressources humaines de façon plus proche et en étant sur la même longueur d’onde »
Modèle « bon » manager	S’adapter rapidement	« Vitesse grand V des réformes...il faut s’adapter rapidement, en particulier en ressources humaines en espérant que s’améliorent les choses...on met en place comme de bons petits soldats »
	Savoir prendre des décisions	« On n’a pas un métier très différent (directions et cadres de santé) c’est savoir prendre des décisions, savoir se positionner par rapport à un grand nombre d’acteurs, ensuite le périmètre est d’importance différente »
Valeurs/Agir éthique		
Care,		

– *Hôpital de B*

Directeurs : BDS1	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Cadre de proximité fonction difficile	« Je trouve que c'est une fonction difficile aujourd'hui, c'est plus ce que j'ai connu. On leur demande tant de choses, je me demande comment elles font, elles sont au front. Elles nous disent que depuis qu'il y a les mails elles sont assaillies de demandes au quotidien. Comment elles font pour ne pas péter les plombs »
	Strates cloisonnement	« C'est une vieille professionnelle qui vous parle, on s'est cloisonnée, on s'est séparée de notre corporation. Infirmière Générale, on appartenait à la même famille aujourd'hui on appartient toujours à la même famille, mais on ne porte pas le même nom de famille »
	interdépendance	« je m'entends très bien avec M X (DRH) on est de la même génération. Dire je suis avec vous, je ne suis pas à côté de vous, c'est beaucoup plus confortable que de se bouffer le foie dans son bureau, c'est de la bienveillance pour moi comme pour eux »
Modèle « bon » manager	Contrat moral	« je manage beaucoup sur un système de contrat moral...Je valide avec la personne l'accord sur ce qui lui est reproché. Vous me dites que vous allez vous améliorer en termes de comportement, dans 3 mois, si vous ne vous êtes pas amélioré il y aura sanction. Mais il n'y a pas sanction d'abord, il y a : je sais que vous serez capable de le faire, je vous fais confiance, mais si vous ne respectez pas... Je fais un parallèle avec ce qu'on fait dans notre vie de famille »
Valeurs / Agir éthique	Soignantes	« Je suis restée très soignante, ne pas renier le soin pour le pouvoir de directeur, ce besoin de pouvoir. Je suis directeur, mais qu'est-ce que je fais faire au niveau des soins »
Care, reconnaissance, autonomie	Prendre soins égal écoute	« Le prendre soin cela commence par l'écoute, quand j'écoute, au poste où je suis, cela peut permettre de faire changer ma stratégie dans ma prise de décision » On a une culture bien à nous qui intègre le prendre soin dans notre vie de tous les jours...je me bats bec et ongle pour défendre les soignants au quotidien »

Directeurs : BDG	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Du gestionnaire au manager	« L'hôpital est en mouvement mais pas en crise, la bête bouge, elle avance, mais il ne s'agit pas de crise... Les suicides, le burn out... peut-être ce qui a changé, c'est qu'on se préoccupe de la qualité du management, avec les RPS, avant on demandait des bons gestionnaires, aujourd'hui on demande du management. Il y a des gens qui peuvent être déstabilisés mais on est dans la vraie vie »
	Garder ce qui a du sens	« comment peut-on nous dire à la fois vous êtes les patrons et nous dire en le détail comment faire. Les textes sont faits pour faire avancer ceux qui n'avancent pas, mais ne doivent pas contraindre ceux qui avancent. Ceux qui ont avancé avec du sens on ne va pas les mettre dans une moule prédéfini. Un consultant m'a dit que j'étais hors la loi. Qu'est-ce qui est mieux, que je mette les trois services médico techniques dans un pôle alors qu'ils ne le veulent pas au risque de les démotiver, ou je les laisse ainsi, en les faisant participer, en respectant les contraintes quand même. »
	Adapté à une culture	
	Pouvoir médical	« Ici on a recruté des praticiens qui avaient envie de porter des projets, pas des projets dispendieux des projets qui vont s'équilibrer... ce qui facilite ici, c'est que les médecins son dedans, c'est mieux si les médecins portent les projets »
Modèle « bon » manager		
Valeurs / Agir éthique	Hôpital service public	« Ce qui me tient à cœur, les larmes aux yeux, l'hôpital lieu d'accès aux soins pour toutes les populations, la fierté et la motivation sont mon moteur tous les matins »
Care,		

Directeurs : BDS2	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Strates et cloisonnement	« l'hôpital est très hiérarchique, trop hiérarchique, les cadres de santé n'osent pas se positionner vis-à-vis des cadres supérieurs de santé et idem... je crois que c'est spécifique à l'hôpital de ne pas donner la parole aux cadres »
	Prendre en compte l'attitude des jeunes	« Avec les jeunes on peut être décontenancé. Aujourd'hui l'offre est telle que ce sont les jeunes qui donnent leurs exigences, ils sont plus mobiles qu'hier. Nous on rentrait à l'hôpital pour faire carrière. Les jeunes ne se projettent pas sur le long terme, ce qui est important c'est aujourd'hui. Ils sont plus fins négociateurs que ce qu'on était. Ce n'est pas tant sur les valeurs, que sur le style d'approche du travail. Le travail semble d'abord des contraintes et ils essaient de repousser les contraintes au plus loin. Après ils parlent du soin et du malade de la même manière »
Modèle « bon » manager	Satisfaction des personnes indicateur de qualité managériale	« Quand on est soignant, on a des valeurs on est formé à l'approche psychosociale, c'est peut-être une particularité. On doit tenir compte que le résultat final c'est la satisfaction du patient...inévitablement je suis empreinte de ça. La satisfaction des personnes que je manage est importante »
	Etre dans le donnant/donnant	« Il faut être dans le donnant/donnant, être capable de dire quelles sont vos attentes, quelles sont les marges de manœuvre que l'on a et que l'on n'a pas, qu'est-ce qui est négociable et ne l'est pas, et, dans le négociable il faut aller dans la négociation »
	Congruence	« Il y a le discours et la réalité il faut être dans la réalité comme dans le discours »
Valeurs / Agir éthique	Respect égal écoute	« Le respect de l'autre et l'écoute dans le sens d'écoute active crée les conditions de l'expérience véritable, qu'elle soit en phase ou pas »
	S'adapter évoluer	« L'agir éthique c'est très personnel lié à l'histoire, c'est agir avec ses valeurs, c'est en tous les cas chercher à évoluer, avancer »
Care,	Reconnaissance très individuel	« c'est intimement lié à la personne. On entend toujours on a pas de reconnaissance mais est-ce que on s'en saisit quand on nous en donne. Moi je me dis, je le dis à ma collègue, à mon mari : aujourd'hui j'ai fait du bon boulot. C'est assez individuel. En public ça fait un peu pipeau. Les gens ont envie qu'au moment le plus opportun on leur dise merci vous avez fait du bon boulot. Cela peut être un moment fort, au moment d'une évolution de carrière et de poste

Directeurs : BDRH	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Cohérence	« Rien de pire que des DRH qui se succèdent, le turn over des DRH...il faut cohérence et construction, une DRH qui dure, et à qui on accorde du crédit, ici, il est dans le directoire »
	Ressources rares	« les ressources sur le marché sont rares donc il faut faire coller les projets avec les ressources possibles ou envisageables à court terme » « La mise en place des 12 heures, s'est fait à effectif maintenu. 70-80% des agents demandaient et les cliniques étaient en 12 heures. Le médecin de travail n'était pas très favorable. Il faudrait faire une mesure a priori et un suivi sur les années à venir. Deux risques, partiellement présents donc moins investis dans les projets et risque d'activités associées professionnelles y compris »
Modèle « bon » manager	Rigueur	« Je ne suis pas plus paternaliste qu'un autre, plutôt rigoureux »
	Proximité du terrain	« Le DRH doit parfois prendre son casque du mineur et aller écouter sur le terrain »
	Régulateur	« Un DRH est régulateur des fonctionnements »
	Vigie	« le rôle du DRH, vigie et garant de l'éthique »
	Créer l'envie	« donner envie aux gens, inciter, convaincre que l'hôpital peut permettre un épanouissement et une plus-value, si on donne ces perspectives ont peut-être exigent »
Valeurs / Agir éthique	Cohérence	« la cohérence c'est important, cohérence de la politique et si plusieurs personnes il y a moins de cohérence
	Equité	« Par rapport aux différents pôles, il faut pouvoir donner la garantie que les gens seront évalués de la même manière
Care,		

Directeurs : BCFDT	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Strates et management à plusieurs têtes	« Le problème du management c'est aussi le nombre de strates, la position du cadre de proximité n'est pas valorisée, car on peu de latitude managériale. Pour exemple, des brancardiers qui pointent sans être au travail, in fine c'est le cadre qui a tort. Le cadre de proximité est au feu c'est lui qui doit être épaulé »
	Cadre de proximité	« la fonction cadre est vraiment centrale, en particulier les cadres de santé. Les reconnaître comme ayant une fonction managériale première »
Modèle « bon » manager		
Valeurs / Agir éthique	Confiance	« la direction ne fait confiance à personne. Le DRH ne délègue rien, mais c'est bâclé »
	Service	« Il y a des gens qui tiennent des patients au-delà de ce qu'on leur demande. Il y a des initiatives individuelles qui cachent la misère. Qu'est-ce qui fait tenir le système et comment certaines personnes font tenir le système parce qu'on est à l'hôpital et qu'on y croit »
	Transparence	« Ce n'est pas un management transparent, on ne sait pas pourquoi une personne est choisie »
Care,	Reconnaissance	« Aujourd'hui la reconnaissance elle passe par le salaire. L'agent qui est contractuel n'est pas reconnu, à terme cela sera au détriment du patient » « On ne peut pas évaluer qu'une fois par année, que penser d'un cadre qui sanctionne une fois dans l'année sans avoir donné de retour au long de l'année » « j'ai un cadre qui au bout de 10 ans m'a dit : cette année on a vu votre travail » « IL n'y a aucune gratification. Il faut sortir de la masse en étant très brillant ou très nul »
	Care	« On a du mal avec les gens avec qui on a des problèmes, qui ne répondent pas aux attentes, on va essayer de les faire craquer au lieu de prendre la responsabilité de protéger » « Les agents ne se sentent pas protégés des patients, la direction ne me reconnaît pas, ne me protège pas face à une plainte de patient ou de familles »
	Autonomie	« Tout un panel de salariés viennent nous voir car ils se sentent à l'école primaire »

Directeurs : BINF	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Direction lointaine	« Ici on est très dans notre bulle, en pédiatrie, on ne sent pas la lourdeur du management de la direction, quand on discute on peut avoir l'impression de ne pas être dans le même hôpital »
Modèle « bon » manager	Délègue/confiance	« Le cadre délègue certaines activités administrative, cela signe une confiance et cela valorise » « Il y a un contrôle mais elle nous fait confiance on joue beaucoup sur ça »
	Ouverture	« C'est bien que le cadre soit assez ouvert pour qu'on pose des questions. Ce n'est pas une camaraderie, c'est une confiance mutuelle » « Quelqu'un vers qui on peut aller pour raisons professionnelles mais aussi personnelles » « Un cadre qui ne serait pas à l'écoute, intransigeant, qui n'accepterait pas la négociation... me ferait fuir »
	Négociateur	« On est passé du travail en 8 heures à 12 heures. A la fois tenir compte de nos besoins, de nos désirs, nos limites et des besoins de la direction. Il y a un travail de négociation fort. En travail sur 12 heures la journée est longue mais on a beaucoup de repos »
	Référent/ connaît les soins	« quelqu'un de référence pour les soins, qui peut prendre notre place en cas de surcharge de travail, cela joue sur la confiance qu'on a en elle » « Garant des protocoles de soins »
	Relais	« Etre le relais avec les autres services supports : pharmacie... »
Valeurs / Agir éthique	Cohérence	« Au niveau du service on vise une certaine qualité de soins, pour être cohérent on doit travailler de la même façon, la continuité dans les soins cela sécurise »
Care	Reconnaissance confiance	« J'attends qu'on reconnaisse, nos qualités professionnelles pour avoir une confiance mutuelle. J'ai connu des surveillantes qui contrôlaient tous les gestes, mais si on ne reconnaît pas les qualités on n'a pas envie d'avancer... qu'on ne soit pas que des exécutantes, cela n'empêche pas de se remettre en question, de rechercher des informations » « Il faut aussi reconnaître leurs qualités (des cadres) ce qu'ils sont et de leur rôle. La reconnaissance doit aller dans les deux sens »

Directeurs : BCSS1	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Management non spécifique mais avec de l'humain	« On ne manage pas à l'hôpital de manière différemment qu'ailleurs, certaines bases sont communes, le cadre hospitalier a d'autres compétences, on gère de l'humain, il y a différents métiers, nous on accueille des patients, donc face à une population en souffrance, donc qui a besoin d'écoute, donc aussi une attente d'écoute des équipes »
	Complexité	« Cet exercice est complexe où on doit être par moment avec l'équipe, même dans l'équipe, à côté mais aussi au-dessus, donc un exercice de multi positionnement et donc savoir à quel moment on se met au-dessus ou avec... » « La difficulté c'est de changer de fonction, de trouver sa place dans le trinôme où il y a déjà des alliances » « Pour toute décision essayer de l'imposer mais pas de façon réactionnelle ; trouver ce qui peut expliquer cette décision et ce qu'elle peut apporter de positif »
Modèle « bon » manager	Etre à l'écoute	« En tant que cadre de santé, l'écoute, c'est être présent, attentif auprès des équipes, écouter leurs demandes. Disponibilité tout en ayant en tête qu'on est le manager, on donne un sens »
	Donner le sens tout en accompagnant	« Le plus difficile ça a été de trouver l'objectif commun et le sens que l'on peut donner à une équipe de cadres. Donner le sens tout en les accompagnant dans leur mode de management, en faisant passer certaines de mes valeurs professionnelles dans le management »
	Participatif	« Je suis, je revendiquerai le participatif, ce qui est utopique car on ne peut pas faire que du participatif »
	Adaptable, management situationnel	« je pense que je n'ai pas qu'un seul type de management, compte tenu de la complexité de la gestion humaine, on se doit d'adopter un management à plusieurs facettes. Je suis comme ça adaptable à toute situation, je peux être dans le participatif, je suis leader, je suis, je peux être autoritaire...quand le choix doit être fait je le fais »
	Personne ressource	« Je suis aussi personne ressource ce qui peut rejoindre la valorisation de l'agent par un accompagnement. Je peux répondre maintenant à la différence entre cadre de santé et manager d'une équipe de cadres, manager une équipe de cadres c'est connaître leur mode de management leurs points forts et leurs points à développer, mettre en évidence les ressources et mutualiser les ressources de chacun...développer une entraide, mutualiser les compétences et avoir une équipe performante »
	Leader	« C'est parce qu'en fait les objectifs que je fixe, j'y crois donc je suis capable d'amener un groupe à produire, à évoluer ; ça demande une présence et beaucoup d'énergie, ce qui peut me définir un petit

		<p>peu, le rôle de manager me convient très bien et donc j'ai peut-être des capacités un peu naturelles qui font que j'aime ce que je fais »</p> <p>« les objectifs j'y crois donc j'arrive à faire adhérer...je ne suis pas un manager par l'affect, pourtant je suis dans l'écoute et attentive, c'est ce qui permet de me positionner plus facilement »</p>
Valeurs / Agir éthique	Equité	« Vous savez, ce qui est le plus difficile, c'est d'être équitable, alors qu'on ne peut pas l'être parce qu'on a des injonctions et qu'il faut faire des choix, j'essaie de prendre des décisions de façon la plus objective ce qui n'est pas toujours évident
	Transparence	« Ma façon de manager, je suis quand même dans la transparence, je suis capable de dire facilement ce qui peut faire plaisir mais aussi ce qui peut déplaire et je pense que c'est ce qui me met le plus en difficulté dans certains choix...C'est quand on est dans le flou qu'on accepte moins bien certaines décisions. Certaines décisions qui peuvent mettre en difficulté, décevoir »
	Respect	« Dans le respect de l'autre, dans l'affichage tant des valeurs professionnelles que personnelles et humaines. Poser faire reconnaître ses valeurs humaines et professionnelles »
	Posture	« c'est développer une posture, on a une blouse blanche, on joue tous des rôles, se situer en tant que professionnel c'est peut-être aussi un mode de fonctionnement »
	Prendre du recul	« Il faut prendre beaucoup de recul et de distance par rapport aux situations, il ne faut pas répondre de suite, il faut le temps de l'analyse parce que souvent la cause d'une situation est multifactorielle...ne pas chercher une responsabilité mais chercher la cause. »
Care,	Reconnaissance	« l'important dans le management c'est de reconnaître, et que les personnes soient reconnues avec leur propre compétence, leur propre rythme. C'est reconnaître l'individu en tant que tel, en tant que professionnel. La difficulté c'est de ne pas faire l'amalgame entre personnel et professionnel »
	Care	« ...par rapport à des situations humaines où l'affect des agents est impliqué, mis en jeu, le manager doit enlever sa casquette de supérieur hiérarchique pour permettre à l'équipe d'exprimer ses difficultés dans la gestion d'une situation très particulière, c'est aussi vrai pour le cadre de santé que pour le cadres supérieur »

Directeurs : BINF2 CNI	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Particulier/soins souffrance	« C'est évident que le management est particulier, on est dans le soin, les professionnels sont soumis à la souffrance face à des humains qui sont en souffrance donc ça les touche au plus profond d'eux. Ce n'est pas de la production il faut se donner les moyens d'assurer des soins de qualité, cela passe par des compétences actualisées, des connaissances, la formation »
	T2A non adaptée	« La T2A laisse peu de place, elle ne quantifie pas le temps relationnel...elle est trop limitative, après on ne peut pas y être totalement opposé car les moyens sont attribués en fonction des besoins »
Modèle « bon » manager	Manager proche de l'équipe	« Le management de proximité, il est plus en lien avec les contraintes budgétaires d'activité qu'à l'écoute de l'équipe
	Centré sur les compétences individuelles	« Il y a un entretien individuel par an, il faudrait partir des ressources, des compétences individuelles de chacun, d'un projet plus individuel » « Un plan de formation rigide, carré présenté par l'administration...est-ce qu'il prend en compte les besoins de l'agent, il prend plus en compte les besoins de l'institution »
	Positionné près de l'équipe	« Il faut repositionner le cadre près de l'équipe »
	Centration sur le soin	« Une posture éthique du cadre, c'est un cadre que s'appuie sur le soin, sur le patient, à partir du soins on peut construire quelque chose de groupal. Cela se perd; ils (les cadres) ne sont plus du tout dans les soins, ils sont dans la méconnaissance des patients qui sont dans l'unité.
	Soutien de l'encadrement de proximité	« Ces cadres ils ont besoin de soutien, je pense qu'ils sont dans une position très délicate
	Valeurs professionnelles	« Un cadre il a des valeurs professionnelles, il est issu d'une filière où l'éthique est importante, il a des valeurs de base qui sont communes, qu'il faut conserver, qui ont fait qu'on a choisi ce métier, qu'on s'y est retrouvé à un moment donné. Il faut pas faire de la gestion des ressources humaines mais une gestion humaine des ressources, avoir une considération de l'autre »
Care, reconnaissance, autonomie	Reconnaissance/mobilité, parcours professionnel	« C'est en allant au charbon que l'on trouve de la satisfaction. La mobilité professionnelle non imposée est stimulante, moi je me suis inscrit là-dedans, tous les 5-10 ans il faut bouger. Au niveau management prévoir aussi des mouvements, créer une dynamique de parcours professionnel, à la fois par des choix personnels et des possibilités d'ouverture »

Directeurs : BFO	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Hôpital pas entreprise	« Notre souci c'est que les hôpitaux soient gérés comme des entreprises rentables. Comment veiller à l'hôpital, beaucoup de gens cassés à l'hôpital, en fin de carrière, physiquement, le poids, le rythme de travail, l'alternance jour/nuit. L'amplitude horaire de 12heures, quels dégâts en quelque temps! Il y a une implication moins forte en venant 2 jours.
Modèle « bon » manager	Ecoute et dialogue essentiel	« Pour un management de qualité le dialogue est essentiel, l'écoute. Les agents ont la sensation de ne pas être écoutés par les cadres, que le cadre puisse permettre l'épanouissement des agents »
	Promotion de talents	« un bon management c'est celui qui permet de révéler un agent, lui permettre de s'ouvrir, inciter à voir autre chose...certaines directions sont fermées à certaines promotions »
	Participatif	« Les gens veulent participer à l'organisation des horaires. Quelque chose d'imposer cela va toujours à la catastrophe, cela augmente l'absentéisme
Valeurs / Agir éthique		
	Communication	« l'éthique...avoir l'approbation, l'acceptation des agents et pour cela tout passe par la communication, la personne d'en haut peut ne pas savoir communiquer, ne sait pas bien faire passer les messages. Pour faire adhérer, il faut faire participer et ne pas seulement informer.
		« Je crains qu'on fasse passer l'économie, l'activité à tout prix alors que le soignant peut être très frustré
Care,	Reconnaissance/ être entendu	« actuellement une personne va se sentir reconnue, par la note, le salaire et la promotion. Il faut que quand un agent se plaint il y ait un retour donné. Ils ont le sentiment de n'être pas entendus car ils disent des choses et rien ne bouge »
	Reconnaissance / conditions de travail	« La reconnaissance c'est aussi les vestiaires, les salles de repos, les temps de pause respectés... Actuellement tout le monde ne peut pas aller au self. On lutte pour que ce soit toujours mieux, mais ici le dialogue existe vraiment... Si on donne de trop mauvaises conditions de travail les gens ils s'arrêtent »

Directeurs : BINF2 (depuis 28 ans)	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Management		
Modèle « bon » manager	Soutien /médecins / charge de travail	« se sentir soutenu auprès des médecins » « Actuellement on a des jeunes avec des cancers, donc on a la maman, l'épouse, les enfants. Elle essaie de nous épargner. Lorsque vous montrez à une équipe que vous avez du respect pour l'individu... dans cette unité les infirmières restent très longtemps »
	Autorité, Savoir trancher/conflits	« Maintenant j'aurais envie que parfois dans certains conflits elle tranche davantage. Dans des conflits, difficultés au sein de l'équipe il nous faut une autorité. Il faut que cette autorité elle existe : horaires, organisation... Je suis restée soignante, j'aime faire les soins, tout ce qui est administratif je m'y intéresse »
	Proximité /soins	« les cadres actuellement sont vraiment coupés de ce pourquoi on a été formé...je ne l'ai jamais vu dire, il manque quelqu'un je vais vous aider à faire le tour des soins. On est plus du tout auprès des patients quand on est cadre...le cadre ne regarde pas la charge réelle que l'on a auprès du patient »
Valeurs / Agir éthique	Humain	« Un cadre doit être humain, connaître les difficultés de chacune, pour aborder les personnes, les faire progresser, il faut quand même une certaine autorité pour diriger les équipes »
Care,	Autonomie	« Notre cadre actuel est quelqu'un qui fait confiance à son équipe, elle nous responsabilise beaucoup »
	Reconnaissance Donnant/donnant	« Quand elle doit nous imposer un changement elle sait remercier en donnant en contre-partie, en cherchant à donner ce que l'on peut demander plus tard, c'est donnant-donnant, mais pas du chantage car on peut toujours dire non. Par exemple par rapport à un changement de planning. »

Directeurs : BCS 2 48ans (expérience de cadre/ télécom)	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Organisation/ personnels pas / patients	« J'étais attirée par la profession infirmière mais je ne voulais pas être comme ça, autoritaire froide, mettant en avant mon savoir, c'est l'image que j'avais eu quand mon propre enfant avait été hospitalisé en néonatal...Les organisations étaient faites pour les personnels pas pour les enfants »
Modèle « bon » manager	Aider à construire	« aider à se découvrir et à construire des projets, c'est génial...Il y a des caractéristiques qui vont évoluer et d'autres quand elles sont conjuguées vont donner autre chose...je ne voulais pas que les gens soient gérés comme des pions »
Valeurs /Agir éthique	Accueil/intégration	« Il faut que l'équipe le reçoive (le nouveau professionnel) comme un potentiel professionnel. C'est bien quand on est reçu, accueilli, je trouve que c'est agréable, pour la personne aussi qui vient c'est construire son parcours. »
Care,	Autonomie	« j'aime ce que je fais parce que j'arrive à mener ma barque, je fais ce que je veux, j'ai des contraintes, des demandes institutionnelles.. . Il faut uniformiser les outils du cadre, je m'y refuse. Si on casse la créativité, on uniformise... mettez des robots » « j'ai passé plein de cadres supérieurs, j'en suis au 5ème. L'autonomie ça dérange le cadre supérieur ...Un cadre supérieur a dit que j'étais ingérable...On ne m'oblige pas à travailler avec les personnes avec qui je ne veux pas travailler, ça me gonfle de devoir faire à deux ce que je peux faire seule. »

Directeurs : BCS 2 48ans (expérience de cadre/ télécom)	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management	Entre intérêt collectif et intérêt particulier	« on est pas par hasard à l'hôpital, service d'état au service des autres, on peut le dire et le vivre dans les entrailles mais aussi on peut le dire et on peut ne pas le vivre. On est toujours en confrontation entre l'intérêt collectif et l'intérêt particulier, le traitement des individus dans l'organisation »
	Logique participative/logique hiérarchique	« A l'hôpital il y avait des logiques participatives et des logiques hiérarchiques fortes. Je pense qu'il y a beaucoup plus d'autonomie aujourd'hui » « Des fois on fait du participatif pour cautionner des décisions, mais c'est dangereux parce que les gens ne sont pas dupes, cela discrédite le management participatif »
	Médecins promus managers sans formation	« Avec les pôles il fallait repositionner l'encadrement des pôles, les médecins ne sont pas formés au management »
Modèle bon manager	Adaptation	« Il n'y a pas une façon de manager, il y a des individus auxquels on s'adapte. C'est en se centrant sur l'individu pour voir comment il fonctionne...on évolue avec l'âge, le contexte, les modèles »
	Savoir faire travailler ensemble	« l'individu et le collectif, il y a des personnes qui travaillent bien seules, il faut que la personne ait du plaisir à venir travailler, ça c'est un boulot important du cadre, savoir faire travailler ensemble les individus, savoir rapprocher des individus capables de travailler ensemble. Les bonnes combinaisons, bien connaître les gens »
	Sortir de l'individualisme pour capitaliser	« l'informatique c'est un super outil de traçabilité, connaissance des agents, leurs compétences, leur parcours, ce qui a marché pour eux...vivre la traçabilité comme le fait de capitaliser pour l'autre, alors qu'au niveau des cadres on est dans l'individualisme »
Valeurs / Agir éthique	Equité	« l'équité c'est garantir un fonctionnement collectif en respectant l'individu... »
	Interdépendance	« Aujourd'hui et demain les cadres vont devoir développer une culture des cadres élargie, capitalisation des savoirs, je communique sur ce que j'ai fait, je partage ce que je sais faire, aller chercher sur le terrain des idées pour la stratégie, mais utiliser ces idées »
	Conditions d'épanouissement	« Garantir des conditions de vie au travail qui permet un épanouissement au travail...de s'épanouir dans une organisation...comment on accompagne celui qui n'y arrive pas...être clair sur ce qu'on demande et sur les

		moyens donnés pour qu'ils atteignent les objectifs »
Care,	Care/respect	«Etre là quand c'est nécessaire mais guider en laissant l'autonomie. Qu'est-ce qu'on fait ensemble, qu'est-ce qui est de ma responsabilité, qu'est-ce que je contrôle » « Etre sur l'individu...Etre sur l'individu c'est comprendre ce qu'il ait ce qu'il sait ce qu'il fait, comment il le fait. C'est le respect, c'est la bonne distance, proche de l'individu tout en le respectant dans ce qu'il lui appartient ; cette distance est différente d'un individu à l'autre »
	Reconnaissance /processus qui conduit à un résultat	« Pour moi la reconnaissance, c'est par exemple quand j'accompagne un individu, c'est d'avoir été capable de mettre un processus qui a donné un résultat, chaque fois qu'on réussit, qu'on résout un petit bout, il y a une reconnaissance...Dire à la personne ce qu'elle a apporté dans le processus, quand tout marche bien ce n'est pas un hasard »
	Autonomie	« avoir une latitude sur les objectifs à définir et sur comment atteindre les objectifs » « La reconnaissance qu'on nous donne c'est l'autonomie qu'on nous laisse » « laisser des choix à des cadres avec qui on travaille... il y a des équipes, si on arrive à mettre le bon climat elles vont arriver toutes seules »

Médecins praticiens (. 50-60 ans)	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Management a	En tant que chef de service on est devenu rien	« Les chefs de pôles ce sont ceux qui ont le plaisir d'être chefs...ils ne sont pas animés par le développement du service public, satisfaits d'être l'interlocuteur privilégié...On est bâillonné en quelque sorte. On est devenu rien, on a plus la parole en tant que chef de service...En tant que médecin je n'ai plus de crédibilité, il n'y a plus que les chefs de pôle qui comptent et qui peuvent favoriser leur propre service. »
	Strates et cloisonnement	« La Nouvelle Gouvernance introduit des strates supplémentaires, on a plus accès aux cadres de proximité. Il y a incohérence dans les missions, on dirait que personne ne communique au sein de la direction. On n'a plus de raison de se rencontrer entre unités de soins...La mise en place des pôles a renforcé des cloisonnements et je pense que c'est déstructurant pour les équipes. » « La direction générale n'est plus accessible pour le médecin de service...les ARS sont cloisonnées »
	Un président de CME qui n'assume pas son rôle	« Le président de CME a été président parce-que personne ne voulait l'être et il ne l'est que pour l'image, narcissique. Pour les autres il y a eu refus car la charge d'activité du président de CME reste identique en tant que médecin. Etre président de CME, c'est être amené à vivre des inimitiés. Un bon penseur, créateur, courageux qui sait se positionner a été sollicité par la direction mais a dit "je n'ai pas le courage d'affronter l'agressivité des chefs de service qui n'ayant pas la parole deviennent agressifs." Etre président de CME, c'est presque un poste fantoche car les projets sont démontés par les syndicats »
Bon manager	Stimuler l'implication des chefs d'unité	« Il faut rattraper, avoir des chefs d'unité qui s'impliquent dans la structure hospitalière alors que le directeur engage directement des médecins... « Aujourd'hui, trop de contrôle et pas assez de créativité

Valeurs	Equité/justice	« La justice c'est l'offre de soin équitable »
---------	----------------	--

– Fiches des Entretiens complémentaires

DG	Éléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Rupture totale sentiment de crise	<p>« Il y a une transformation sociale, 80% des personnes meurent à l'hôpital, la société se décharge...consommisme... Les exigences règlementaires ne sont que les traductions des demandes sociétales: politique, exigence, sûreté, attentes colossales, répondre à ces attentes sans moyens supplémentaires.</p> <p>Les bouleversements organisationnels provoquent une perte de sens : la tarification à l'activité signifie-t-elle perte de service public, l'abandon des missions de l'exercice public à l'hôpital ? Il y a une attractivité différente pour les professions médicales, entre privé et public. Les facteurs peuvent favoriser un sentiment de crise, une transformation du regard par rapport au travail public du fait de la demande de traçabilité et d'efficience»</p>
Transformation	Un management fort qui donne du sens par les valeurs	<p>« La position de management doit éclairer la mission. Dans l'esprit on tente d'améliorer le fonctionnement c'est se mettre au service des valeurs... l'hôpital n'est pas une entreprise qui partage ses résultats... C'est important car l'institution est très complexe. On ne parle pas de l'hôpital d'il y a trente ans. Nos établissements sont devenus complexes par nature. On est dans un cadre de complexité de fait de l'hyperspécialisation. Pour réguler un univers complexe il faut un management fort. Un management fort c'est un management qui produit des effets, qui est légitime, qui produit de l'efficience qui joue son rôle de régulation »</p>
	Une Aptitude à évoluer, attractivité médecins	<p>« L'attractivité pour l'hôpital des médecins: procurer des équipements, de l'intérêt pour la prise en charge, par rapport aux pathologies, salaires, équipement les plus lourds réservés au public. Non régulation centrale mais aussi interne à l'hôpital...Ces 10 dernières années, aptitude exceptionnelle à se transformer. Il n'y a pas de vraie rupture mais une évolution et montrer l'aptitude à évoluer, se transformer. »</p>

D Adj.	Éléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Ouverture	<p>« La société n'est pas prête à abandonner son hôpital public. Les valeurs républicaines sont fortes. Le cœur de métier de l'hôpital, qui est de soigner, va rester public. Par contre, la logistique, l'administratif va devenir privé.</p> <p>Mais l'hôpital ne pourra plus rester isolé, son expertise des soins devra s'inscrire dans l'environnement. Le projet d'établissement devient symbolique, c'est le Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'ARH qui devient important aujourd'hui et avec l'ARS demain. »</p>
Transformations	Quatre éléments à prendre en compte,	<p>« Les rapports de force sont inversés du fait de la démographie. C'est le recruté qui est roi, par exemple en cardiologie...il n'y a plus de cardiologues. Les choix sont faits à partir de critères de vie personnelle et familiale. Il nous faut jouer avec quatre éléments : l'effectif, les contraintes financières, la motivation et les compétences. »</p>
	Des valeurs qui fédèrent	<p>« La culture de l'institution ce sont des valeurs, il faut s'attacher à les véhiculer, fédérer autour de ces valeurs. Si tu n'as pas la valeur du respect du niveau de qualité et d'expertise du soin, tu ne restes pas dans le métier des soins. L'hôpital est un vecteur de croyances partagées, source d'humanisme. Je ne peux pas être dans un contexte de marchandisation. Le compagnonnage a du sens à l'hôpital, tu gardes les professionnels s'ils ne se sentent pas considérer comme des pions, s'ils ont le sentiment d'être intégrés dans une équipe, ce ne peut pas être une somme de libéraux. La compétence s'acquière au sein d'un groupe et s'exprime pas la connaissance et le respect de la procédure. La compétence s'exprime par la connaissance et le respect de la procédure mais elle s'exprime au travers des valeurs personnelles et de l'adéquation entre ses propres valeurs et les valeurs de l'équipe. Le management, c'est comment à partir de ce référentiel d'équipe, cette philosophie des soins, créer les conditions, humaines et techniques, pour que chacun puisse exprimer au mieux les compétences individuelles et collectives »</p> <p>« Il faut trouver des moyens de formaliser les valeurs professionnelles de cet hôpital »</p>

CSS faisant fonction DS	Éléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Compression budgétaire, des professionnels malmenés	<p>« Pour moi l'évolution majeure à l'hôpital c'est l'évolution de l'hôpital entreprise. Je recrute des agents qui font un discours apocalyptique de l'hôpital avec la T2A. La T2A je ne suis pas pressée de la voir en psychiatrie et j'espère que je ne la verrai jamais. L'hôpital entreprise...dans les hôpitaux il y a eu un grand gâchis que le plan financier, il y avait des progrès à faire sur qu'est-ce qu'on dépense et comment cela va du personnel aux achats immobiliers. En psychiatrie le plateau technique c'est l'humain, c'est pour ça qu'on ne peut pas appliquer la T2A. Mais on est clairement dans une compression budgétaire, on vient de nous demander de supprimer des postes »</p> <p>« Aujourd'hui je trouve que c'est difficile d'être cadre, les cadres sont aussi plus fragiles. Ils sont pris dans un engrenage, ils ont des problèmes de positionnement, je ne sais pas s'ils sont suffisamment armés. Les agents vont facilement dire, je vais aller me plaindre au syndicat qui ira au Directeur. Ils sont parfois agressés alors ils doivent rester zen »</p>
Transformations	Le projet managérial porté par la direction	« Aujourd'hui je ne sens pas le modèle managérial. On a des échanges inter individuels mais il n'y a pas au niveau institutionnel de temps ensemble. Ici j'ai juste le souvenir qu'on a fait uniquement une formation sur l'évaluation. Rien n'est fait pour cette culture-là dans son ensemble. Le projet managérial, tel que le propose le rapport de Chantal de Singly aurait pu être porté par l'ensemble des directions. »
	Le prendre soin pour générer la confiance	« Prendre soin de soi est nécessaire, prendre soin de l'autre. Il y a beaucoup d'épuisement professionnel et on a du mal en s'en sortir. Prendre soin c'est un dosage de convivialité, comme savoir prendre le café avec l'équipe. Il y a une banalisation du harcèlement qui entraîne une peur d'aller vers l'autre. La place du cadre par rapport à l'équipe est à redéfinir. Retrouver la confiance. La confiance s'acquière, elle ne se décrète pas. La confiance est en lien avec la reconnaissance, montrer de la confiance pour que l'équipe soit elle-même en confiance. »

DS	Eléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Centration sur la gestion économique au détriment du soin	<p>« Le plus difficile quand on est soignant d'origine c'est de n'avoir que des discours centrés sur des chiffres, des dépenses, des recettes. Je trouve que beaucoup trop d'acteurs se sont centrés que sur la gestion économique. Dans les instances comme la CME ou la CSIRMT on ne devrait parler que des soins, on ne parle plus que gestion, depuis 2007, et cela ne fait qu'augmenter.</p> <p>Nous devrions être là pour apporter à la direction générale un regard sur les soins, sur les prises en charge, les organisations. Alerter des problématiques de soins, de prises en charge...cela semble impossible, on parle de patients qui rapportent... »</p>
Transformations	Une éthique portée par les soignants	<p>« C'est un problème éthique, les soignants doivent être porteurs de valeurs. Ce qui n'est plus suffisamment explicite. Certains membres du corps médical ne voient le patient qu'à travers les recettes qu'ils peuvent apporter. Il faut se recentrer sur les notions éthiques de bénéfices/risques. Il y a des faits récents d'interventions non justifiées. C'était le cas dans le privé, ça peut le devenir dans le public. »</p> <p>« Je pense que certaines personnes ont un vrai don personnel pour entraîner une équipe. Ce sont des personnes qui s'intéressent aux autres qui aiment la relation, des personnes qui ont un leadership, un rayonnement... des personnes qui ont une sécurité intérieure, une confiance en soi et sont en capacité de donner aux autres l'envie de les suivre. »</p>
	Un leadership humaniste en un management intelligent et innovant	<p>J'ai la chance de travailler avec un directeur profondément humaniste... j'ai trop rencontré des personnes qui se réfugient derrière leur statut et les textes pour dire je ne suis pas responsable. L'optimisme, est aussi très important pour être leader.</p> <p>« Le message que je voudrai donner c'est : adaptabilité et innovation, comment on peut imaginer les organisations différemment, un management différent. Il y a beaucoup de changements à vivre, donc cela nécessite de voir les opportunités et de ne pas se décourager. Les personnes que l'on manage sont différentes, il faut développer un management intelligent qui s'adapte en fonction des personnes et des situations. Il y a des moments, quand la situation est tendue, il faut savoir passer du participatif et pouvoir dire, maintenant c'est moi qui décide. J'ai oublié de parler de l'aptitude à se remettre en cause, c'est aussi très important. »</p>

Médecin	Eléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Haut risque de burn-out par l'esprit de compétition et/ou la non reconnaissance	<p>« A l'hôpital en tant que médecin on ne doit pas être fragile. C'est les plus consciencieux et investis au départ qui sont victimes du Burn-out. Dans le corps médical personne ne va dire qu'il ne va pas bien. Il y a la peur de ne pas correspondre à l'image attendue, peur de ne pas être à la hauteur. Le médecin ne doit pas dire, il doit taire qu'il n'est pas bien, qu'il n'y arrive pas ».</p> <p>« On perd la notion de ce qui est normal pour un être humain, lorsque je ne faisais pas 9h -18h je culpabilisais. Aux urgences à X. le médecin nous faisait comprendre que médecin c'est un boulot de mecs; sur 40 médecins il y avait 5 ou 6 filles. Pour moi mon passage au service des urgences reste un traumatisme. Le milieu hospitalier, je ne voudrais pas, pour rien au monde, y revenir. »</p> <p>« Je pense qu'à l'hôpital les médecins ne se parlent pas, en tant qu'interne j'avais l'impression que personne ne regardait ce que je faisais, les chefs on ne les voit jamais. Le médecin hospitalier c'est prestige et pouvoir, parce qu'il faut se battre pour avoir des postes. J'aurai aimé trouver une reconnaissance de ce qui est fait. »</p>
Transformations	De la compétition à des relations fluides	« Dans cet hôpital futur, le travail serait équilibré, les contacts plus faciles avec une plus grande proximité entre les chefs, on donnerait de l'importance aux dimensions de Christina Maslach : l'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel »
	Une adaptation à des attentes d'un travail différent	« J'aime ce que je fais mais je ne pourrais pas travailler à 100%. Je travaille deux semaines sur quatre, même si les semaines où je travaille je fais 55-60 heures, j'apprécie ce rythme-là parce que c'est court dans le temps. La rédaction d'articles occupe 1/3 de mon temps. »

Infirmière	Éléments de représentation	Verbatim
Hôpital aujourd'hui	Haut risque de burn-out par frustration et manque de cohésion d'équipe	<p>« Mon travail, à proprement parler, il était multitâches dans une désorganisation du travail qui faisait que je ne savais pas qu'est-ce que je faisais qu'est-ce que je ne faisais pas : téléphone, médecins...Il y a des choses qui me tenaient à cœur et que je ne pouvais pas faire, il m'était impossible de me mettre au rythme que le patient souhaitait. J'étais toujours en train de me dire : tu n'as pas le temps, cela me mettait en colère, c'était frustrant. La frustration ce sont des choses importantes pour moi que je ne pouvais pas faire. La colère, c'était de voir que, que tu le veuilles ou pas on te demande de faire, tu n'as pas le choix, tu dois faire...il y a beaucoup de choses qui reposent sur soi et c'est toujours à moi de m'adapter »</p> <p>« il n'y a pas de cohésion d'équipe par rapport au projet du patient, pas d'échange. Le médecin apporte ses objectifs ses connaissances, moi ce que j'ai pu observer ce que j'ai vu avec la famille, on est souvent l'interlocuteur du malade, on devrait être dans la complémentarité, qu'il n'y ait pas de cloisonnements, qu'il y ait de la disponibilité. Je me sentais exécutante. Quand tu ne t'inscris pas dans une dynamique d'équipe cela peut être facteur d'usure. La présence et l'implication du médecin est importante, le donnant/donnant, c'est important. »</p>
Transformations	Un cadre de proximité attentif et médiateur	<p>« Le bon cadre c'est une personne qui impulse une dynamique professionnelles, qui crée une cohésion dans les pratiques... qui explique si on fait ça c'est pour ça, il faut qu'on revoie cela parce que cela ne va pas...Il sait être médiateur, ne pas laisser monter la moutarde. Il tient le navire. Il est aussi humain et sait entendre les difficultés. Je ne suis pas sûre qu'il y ait de mauvaises équipes, je crois qu'il y a des équipes non comprises ou non organisées. »</p> <p>« L'équipe c'est le reflet du cadre. S'il est peu présent il n'y a pas d'harmonie dans l'équipe. S'il est un peu tyran rien ne se dit. S'il fait le lien entre le médical et le paramédical, on a le sentiment qu'il ne nous soutient pas. Si tu ne vois jamais le cadre, tu sais qu'il n'y aura pas de rigueur et que cela sera chacun pour soi. »</p>

Directeurs : DS (Di.)	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Hôpital/Management aujourd'hui Crise ?	Strates, empilement, cloisonnement	« l'éloignement de toutes les strates de la proximité, toutes les strates sont tirées vers le haut et je crois qu'il y a beaucoup de souffrance, bien fonctionner pour bien produire ce n'est plus le cas » « des vrais collaborations entre médicaux et paramédicaux, une collaboration intelligente, c'est un modèle à préserver. Le risque c'est le cloisonnement, que le pôle devienne une institution dans l'institution d'où l'importance des fonctions transversales »
	Souffrance	« Dans le management et particulièrement les cadres de proximité ne sont pas assez accompagnés et souffrent » « J'ai plein de gens en arrêt parce qu'ils n'en peuvent plus, ne sont plus bien dans le service, et moi je ne peux pas accepter que tous ces agents soient en arrêt pour cette raison »
	Transparence à développer	« Il y a des choses qui restent surprenantes, on fait entrer des contractuels, il y en a qui sont stagiaires et pas d'autres je crois qu'il n'y a pas assez de transparence, surtout dans la gestion des ressources humaines, carrière, formation... trop d'opacité pas assez de règles de fonctionnement pour garantir l'équité »
	Vie privée non respectée	« On rappelle tout le temps sur les repos pas de respect de la vie privée des soignants » « La façon dont les gens sont traités reste opaque »
	Hôpital service public	« j'ai choisi le service public pour ses valeurs, pour sa mission... la santé ne devrait pas être quelque chose de lucratif... on parle de chiffre d'affaire, on va faire de la T2A, je trouve cela terrible, on est dans le paradoxe »
Hôpital management quelles évolutions	Valeurs différentes	« dans le management l'important c'est la décision, avec les pôles les lieux de décision se sont multipliés et on n'a pas partout les mêmes valeurs et donc il y a des agents qui n'ont pas les mêmes droits » « Il faudrait s'appuyer sur des valeurs de compassion, de bienveillance et de bienveillance managériale »
	Modèle bioéthique	« on pourrait avoir un conseil des sages, comment le repérer, je ne sais pas, quelques cadres qui sont sur des missions transversale, avec peut-être quelqu'un d'extérieur, un philosophe. Avec pourquoi pas le médecin du travail qui entend beaucoup de choses. »
	Supervision pour les cadres	« De la supervision pour les cadres, collectivement, sur la fonction managériale, entre

		pairs, à partir de situations vécues, de situations de plaintes des agents. Cela me dérange que les cadres portent des rumeurs. En dehors de l'analyse des pratiques je ne vois pas ce qu'on peut faire »
--	--	---

Directeurs général (P.)	Éléments clés de leur représentation	Verbatim
Hôpital/Management aujourd'hui Crise ?	Ressenti de crise	« La situation n'est pas stable. Peut-on parler de crise, moi je suis hésitant, en le galvaudant oui, s'il y a rupture totale profonde...pour partie oui, pour partie non. Ce ressenti de crise est lié à plusieurs aspects : des attentes de plus en plus lourdes et fortes, les ressources illimitées d'autrefois ne sont plus. La courbe des exigences augmente, la courbe des moyens est dans la stabilisation de progression »
	Transformation sociale	« Il y a une transformation sociale, 80% des personnes meurent à l'hôpital, la société se décharge, le consumérisme augmente...Les exigences réglementaires ne sont que les traductions des demandes sociétales : politique, exigence, sûreté...attentes colossales auxquelles il faut répondre sans moyens supplémentaires »
	Perte de sens Perte d'attractivité	«Les bouleversements organisationnels provoquent une perte de sens : la tarification à l'activité, signifie-t-elle perte du service public ? l'abandon des missions de l'exercice public à l'hôpital... » « Il y a une attractivité différente pour les professions médicales, entre privé et public. Les facteurs peuvent favoriser un sentiment de crise, une transformation du regard par rapport au travail public du fait de la demande de traçabilité et d'efficacité. C'est mon diagnostic grossièrement exposé »
Transformations	Maintien des valeurs de service public	« Il est indispensable de continuer à donner du sens à l'action, aux actions indispensables à l'hôpital. Il n'est pas scandaleux d'être dans l'efficacité, les meilleurs soins au meilleur coût et pas l'inverse. C'est un univers entrepreneurial qui ferait perdre les valeurs, je crois à l'inverse, le maintien des valeurs du système hospitalier qui passe par l'amélioration, l'optimisation de l'organisation à l'hôpital, la modernisation de l'hôpital est indispensable pour maintenir les valeurs. » « Pour moi ce n'est pas le même métier être directeur de clinique, moi je suis dans le service public. On ne peut pas rester dans du commercial et avoir des activités qu'on ne trouve plus dans le service public. Dans un scénario catastrophe le système serait régulé style système américain. On est le pays d'Europe où il y a le plus de privés. La mission est intangible, si le système est anarchique des compétences médicales vont aller vers le privé. L'attractivité pour l'hôpital des médecins, procurer des équipements, de l'intérêt en prise en charge par rapport aux pathologies, salaires, équipements les plus lourds réservés au

		<p>public...il n'y a pas de vraie rupture mais une évolution et montrer l'aptitude à évoluer, se transformer. »</p> <p>« Un réseau dense de complémentarité, la population peut accéder à la permanence des soins, accéder à tous les soins sans dépassement d'honoraires »</p>
	Adaptation d'une institution complexe par un management fort	<p>« Un service public qui ne s'adapte pas est menacé, la position de management doit éclairer la mission »</p> <p>« Nos établissements sont devenus complexes par nature. On est dans un cadre de complexité de fait de l'hyperspécialisation. Pour réguler un univers complexe il faut un management fort. Un management fort c'est un management qui produit des effets, qui est légitime, qui produit de l'efficacité qui joue son rôle de régulation. La régulation est permanente. Sur l'intra hospitalier par exemple la complexité de l'organisation de l'ambulatoire ; comment faire en sorte de prendre en charge en moins de 24 heures, avec quelles articulations parfaites entre les différents actes, actions. »</p>
	Hôpital d'un réseau complexe	« L'hôpital dans sa perméabilité avec l'extérieur est devenu un élément dans un réseau complexe, avec d'autres hôpitaux, des médecins libéraux...On ne peut plus être sur une gestion administrative comme autrefois »
	Changer la représentation de la fonction managériale	<p>« Dans les têtes on doit changer la représentation de la fonction managériale, fonction de régulation dans une institution. »</p> <p>« L'hospitalier de base n'a pas d'appréciation globale, peu de gens perçoivent la complexité du système et donc peu intègrent la nécessité d'une approche managériale... les médecins n'ont pas envie d'avoir un manager. Ils ne se vivent pas comme une partie de l'ensemble.</p> <p>« Pour l'instant dans la grande majorité l'organisation en pôle reste sur le papier, ce n'est pas ancré. Combien sont vraiment dans une gestion décentralisée hors les CHU »</p>

CSS : faisant fonct DS (B.)	Eléments clés de leur représentation	Verbatim
Hôpital/Management aujourd'hui Crise ?	Des cadres malmenés par les équipes	<p>« Des cadres se trouvent malmenés par les équipes, sur d'autres endroits des agents trouvent que les cadres sont trop présents, trop en train de contrôler... »</p> <p>« Je trouve que pour faire avancer les équipes, il faut savoir de quoi on cause. Le cadre peut se sentir en difficulté s'il n'a pas une reconnaissance de par son métier d'origine... Pour le cadre de proximité une difficulté c'est de renvoyer du sens, pourquoi on fait ça, pourquoi on le fait comme ça »</p> <p>« La priorité de la Direction Générale aujourd'hui, c'est la paix sociale »</p>
	Fidélisation infirmière difficile	<p>« j'ai l'impression que la durée de vie professionnelle d'infirmier diminue, on papillonne plus. On ne voit plus des professionnels qui entrent dans une perspective de rester toute sa carrière dans le même hôpital... je vais voir ailleurs parce que je ne me plais pas... ce n'est pas un déficit de vocation, mais on en revient toujours au même, pourquoi on a choisi la profession infirmière. »</p>
Hôpital management quelles évolutions	Développer le management individuel	<p>« Développer le suivi individuel, individuellement de quoi ont-ils besoin pour s'inscrire dans un projet de service. Il faut aussi bien connaître les individus qui composent une équipe et je ne sais pas si on fait bien ça. Je vois que le choix des référents ne se fait pas toujours sur une bonne connaissance des compétences, on va intéresser quelqu'un parce qu'on le sens pertinent ... Les entretiens sont superficiels, pas assez fouillés. C'est comme si pour certains ils avaient peur d'être en vrai dialogue avec l'agent »</p>

– Retranscription des entretiens (extrait)

– Entretiens préalables

DRH CHU (homme)

Nous vivons une évolution sociologique, avec une évolution des exigences et des demandes. Les médecins ne voudront aller que dans des équipes structurées. La démographie médicale en 2018 sera équivalente à la démographie médicale de 1980. La répartition géographique se fait avec une grande disparité. Les médecins veulent garder la liberté d'installation. Les médecins ne sont pas fonctionnaires.

Le service public ou le service au public pourra se définir par appel d'offre et pourra être vers le privé. Aujourd'hui dans cet établissement 1/3 du personnel est contractuel. Il faut pouvoir se permettre d'acheter la compétence au prix du métier sur le marché. Comment rémunérer la compétence, nous avons beaucoup de turn-over. On est à des années lumières d'approcher une gestion métier/compétences. Il faut pouvoir amener de la lisibilité, être en capacité de dire ces métiers ne sont pas porteurs, demain voilà les métiers porteurs, si vous y allez il y a des formations...des aides.

J'ai été pendant 10 ans DRH, avant de travailler à la DHOS, aujourd'hui j'aspire plus à être consultant interne, je n'ai pas envie de revenir DRH, je n'ai pas envie d'être dans une position hiérarchique.

Le changement est devenu permanent, on ne parle plus de changement mais d'environnement nouveau, qu'il faut anticiper, accompagner et suivre, toujours en tenant compte de l'aspect collectif et l'aspect individuel. Il faut pouvoir mener une politique de détection et de prospection. La conduite de changement est une compétence managériale clé.

Notre directeur nous a conviés, toute l'équipe de direction, à une réunion autour du management des hommes de très haut niveau. Il a fait venir un grand entraîneur de rugby. Les valeurs mises en avant par cet entraîneur ont été : la confiance, la responsabilité, le soutien, la transparence la remise en question. Le comment on gère l'erreur et le comment on gère l'échec ont été aussi deux sujets importants de ce temps de formation.

D.Adj. (homme, nouvellement en poste, expérience de DS)

Ici je ressens une grande synergie avec les responsables de pôle. Il y a six pôles, 5 cliniques et 1 administratif/technique.

La société n'est pas prête à abandonner son hôpital public. Les valeurs républicaines sont fortes. Le cœur de métier de l'hôpital, qui est de soigner, va rester public. Par contre, la logistique, l'administratif va devenir privé.

Mais l'hôpital ne pourra plus rester isolé, son expertise des soins devra s'inscrire dans l'environnement. Le projet d'établissement devient symbolique, c'est le Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'ARH qui devient important aujourd'hui et avec l'ARS demain.

Les rapports de force sont inversés du fait de la démographie. C'est le recruté qui est roi, par exemple en cardiologie...il n'y a plus de cardiologue. Les choix sont faits à partir de critères de vie personnelle et familiale. Il nous faut jouer avec quatre éléments : l'effectif, les contraintes financières, la motivation et les compétences.

Pour maintenir la motivation il faut que les gens aient des éléments loyaux d'explication des situations. L'absentéisme est un problème. Il y a des difficultés à remplacer, des hésitations à cause du coût. Nous sommes obligés de faire appel à une « boîte intérim » car nous n'avons pas assez de personnels.

La culture de l'institution ce sont des valeurs, il faut s'attacher à les véhiculer, fédérer autour de ces valeurs. Si tu n'as pas la valeur du respect du niveau de qualité et d'expertise du soin, tu ne restes pas dans le métier des soins. L'hôpital est un vecteur de croyances partagées, source d'humanisme. Je ne peux pas être dans un contexte de marchandisation.

Le compagnonnage a du sens à l'hôpital, tu gardes les professionnels s'ils ne se sentent pas considérer comme des pions, s'ils ont le sentiment d'être intégrés dans une équipe, ce ne peut pas être une somme de libéraux. La compétence s'acquière au sein d'un groupe et s'exprime pas la connaissance et le respect de la procédure. La compétence s'exprime par la connaissance et le respect de la procédure mais elle s'exprime au travers des valeurs personnelles et de l'adéquation entre ses propres valeurs et les valeurs de l'équipe. Le management, c'est comment à partir de ce référentiel d'équipe, cette philosophie des soins, créer les conditions, humaines et techniques, pour que chacun puisse exprimer au mieux les compétences individuelles et collectives. Les référentiels de compétences c'est l'écart entre ceux qui se font plaisir à penser avec un « e » et avec un « a » (penser/panser). Les acteurs ne comprennent pas le pourquoi de cette théorisation. Il faut trouver des moyens de formaliser les valeurs professionnelles de cet hôpital...mais on ne le verra pas comme un dossier à prioriser malheureusement.

– Entretiens réalisés sur deux sites hospitaliers du sud de la France

– *Site 1*

1) DG de B

Je suis dans une phase d'étonnement, je suis arrivée il y a 18 mois, j'arrive d'un CHU, où j'étais en difficulté...mal...ici c'est un établissement facile à gérer, facile d'amener les gens dans les projets. Aujourd'hui je vis avec qui j'avais l'impression que je ne vivrais plus. Qu'est-ce qui fait que c'est possible...qu'est-ce qui fait que les personnes sont positives et qu'elles vous donnent in fine le sentiment d'être vous-même bon.

J'aime faire évoluer, et là je me suis dit attention à ne pas toucher à ce qui contribue à l'équilibre global... qu'est-ce que j'ai apporté, ici quand il y a un problème il y a une vraie volonté de rechercher des solutions et pas de renvoyer le problème sur la direction. Pourquoi les gens sont-ils heureux de travailler ici. Il y a un équilibre qu'il ne faut pas bousculer, une culture particulière. La politique des ressources humaines de cet établissement, est à la fois, très exigeant, très centralisée, c'est une vraie politique ressources humaines et pas une gestion du personnel. La gestion prévisionnelle des métiers et compétences est en cours, toutes les politiques sont saisies par seulement comme opportunités mais c'est habité. Les CLACQ sont des vrais sujets dont on va faire un vrai outil interne. A chaque fois il y a du sens qui est donné.

La décentralisation n'est pas le sujet ici, il ne s'agit pas d'appliquer la boîte à outils nationale. Le DRH est très centralisateur, mais a animé une politique très particulière par rapport à la promotion professionnelle, la rémunération, cet hôpital pourrait certainement être cité comme expérience remarquable dans les GPMC.

Cela m'intéresse de savoir pourquoi cela marche ainsi. Ce n'est pas évident de succéder à des gens qui ont bien fait les choses. Le précédent directeur, avant son départ à la retraite est ici resté pendant 14 ans.

C'est un hôpital très ouvert à l'extérieur, il y a un colloque éthique très intéressant et ouvert à des magistrats extérieurs qui ont plaisir à venir.

2) DG de B. (1 an plus tard)

L'hôpital est en mouvement mais pas en crise, la bête bouge, elle avance, mais il ne s'agit pas de crise. Le chemin est plus difficile à parcourir en CHU.... Dans ces CHU qui n'ont pas bougé, je considère que les professeurs sont dans un autre monde. Les suicides, le burn out... peut-être que ce qui a changé, c'est qu'on se préoccupe de la qualité du management, avec les RPS, avant on demandait des bons gestionnaires, aujourd'hui on demande du management. Il y a des gens qui peuvent être déstabilisés mais on est dans la vraie vie.

La culture de l'établissement : pourquoi ce que j'ai essayé de faire, dans le CHU, j'en ai pris plein la figure et pourquoi ça marche ici. C'est l'histoire de l'hôpital, comment il s'est construit. Quand je menais un projet au CHU c'était complexe alors qu'ici c'est simple. Ici, on a recruté des praticiens qui avaient envie de porter des projets, pas des projets dispendieux, des projets qui vont s'équilibrer. Cet été aux urgences il y a eu plus de 30% de sur-activité. Au CHU on fermait 200 lits et on recrutait pour l'été : pourquoi on ne ferme pas des lits ici l'été, pourquoi on ne rajoute pas de ressources l'été, la planification des RTT et des congés est étalée sur toute l'année, avec 3 semaines mais entre juin et septembre, les cadres ont intégré leur responsabilité. Mais intégration avec peut-être beaucoup d'énergie. Qu'est-ce qui est donné en contrepartie, j'ai le sentiment que sur le plan financier il n'y a pas hésitation à payer en heures supplémentaire par la DRH. La promotion professionnelle aussi, écoute des projets de carrière, formation cadre... je pense que les cadres se sentent entendus par M J. (DRH)

Au CHU, j'avais l'impression que l'autre nous épuisait, mais d'épuiser aussi les autres, une espèce de fatigue collective.

Moi les changements j'adore. Plus vous êtes structuré dans l'idée que vous êtes dans un monde qui change... l'hôpital n'est pas en situation de crise mais en période de changement, c'est vécu comme un moteur positif. On va inaugurer une chirurgie ambulatoire sans difficulté ici. Moins d'acteurs, pas de pouvoir de professeurs qui ne peuvent pas entendre qu'on vienne leur dire ce qu'ils doivent faire. Ils ne peuvent admettre que d'autres viennent leur dire comment ils doivent progresser. Des médecins ouverts mais aussi qui ont envie de gérer des projets. Dans les CHU ils sont centrés sur leur aura médicale, au CHU c'est hyper ringard en interne mais pas contre grande ouverture vers l'extérieur pour développer des réseaux. Au CHU de M. un médecin considère ses collègues de CH comme des ploucs. Il y a des hôpitaux peut être en crise et d'autres pas du tout mais plutôt avec une aptitude au mouvement.

C'est la responsabilité ministérielle de mettre des gens qui ne sont pas capables d'accompagner les mouvements et sa responsabilité de ne pas accompagner ceux qui sont en difficulté pour suivre le mouvement.

Ce qui me préoccupe le plus en tant que DG de B ; j'applique un peu ce que disent les textes mais surtout je regarde ce qui a du sens à B. aujourd'hui. Comment peut-on dire à la fois vous êtes les patrons et nous dire dans le détail comment faire.

Les textes sont faits pour faire avancer ceux qui n'avancent pas mais ne doivent pas contraindre ceux qui avancent. Ceux qui ont avancé avec du sens on ne va pas les mettre dans un moule prédéfini.

Un consultant m'a dit que j'étais hors la loi. Qu'est-ce qui est mieux que je mette mes 3 services médico-techniques dans un pôle alors qu'ils ne le veulent pas au risque de les

démotiver, ou je les laisse ainsi en les faisant participer en respectant les contraintes quand même ?

L'évolution, comment l'hôpital public peut défendre sa mission d'hôpital public. Directeur de clinique et directeur d'hôpital ici dans la région ce n'est pas le même métier, je ne dirai pas cela à G. (le précédent établissement où elle était, CHU). Dans le changement vont être important l'évaluation, la pertinence des pratiques, les bonnes pratiques. Aujourd'hui méfiance par rapport aux cliniques privées alors que je n'aurais pas tenu ce discours à G.

La culture de l'évaluation médico-économique, en travaillant sur l'organisation, le parcours du patient. Entendre que la chirurgie ambulatoire c'est pas rentable, comment peut-on dire une connerie pareille, c'est super pour une équipe, super pour un pôle, super pour le patient, super sur le plan économique.

La formation des futurs médecins, l'exercice collectif, la gestion des projets. Pourquoi on a plus de médecins dans certaines zones, ceux qui s'en sortent sont ceux qui se sont mis dans un collectif, on ne peut plus avoir un exercice dans son coin.

Les CS et les cadres coordonnateurs ceux sont toujours eux qui ont accompagné les changements, ce qui facilite ici c'est que les médecins sont dedans, c'est mieux si les médecins portent les projets.

Ce qui me tient à cœur, les larmes aux yeux, l'hôpital lieu d'accès aux soins pour toutes les populations, la fierté et la motivation sont mon moteur tous les matins. Au nom de ça on n'a pas tous les droits, c'est notre responsabilité que cela soit possible.

L'hôpital futur, il sera peut-être plus petit, plus ouvert, plus ambulatoire.

Nous devons avoir un coup d'avance. Mieux organiser pour les personnes âgées, encore plus, un lieu avec la médecine de premier recours. Le système de santé, qu'on rémunère les acteurs de santé sur la capacité à accueillir toutes les populations. L'éducation thérapeutique, 40 000€ pour la région !

Que le patient soit plus intelligent, en 2050, patient intelligent, qui arrête de demander un IRM, ou tout et n'importe quoi, bonnes pratiques : dépistage systématique, pertinence des actes. Pour un patient intelligent il faut de l'éducation à la santé, financer l'éducation. Que le corps médical perçoive une prime à la bonne pratique : éducation, dépistage, informatique pour le dossier patient. Les économies, c'est supprimer les actes inutiles ou pas suffisamment encadrés. Le sujet c'est l'évaluation. Aujourd'hui beaucoup de retard sur comment on bouge le système régional. Beaucoup de chirurgie, offre libérale surconsommation on opère des trucs dont on a pas besoin, il y a des filières commerciales entre médecins, des pressions, si tu ne m'envoies pas des clients... et d'un autre côté on a une population qui ne peut accéder aux soins, arrêter les rétributions exorbitantes des médecins, les élus ont un rôle, en France on réforme difficilement en profondeur, la sécu et les mutuelles payent à tour de bras des dépassements d'honoraires, ce système va implorer, il y en a qui vont se rebeller.

Comment faciliter l'exercice collectif ; que l'hôpital et les médecins généralistes se parlent, aient plaisir à travailler ensemble, les spécialistes et l'hôpital c'est 2 mondes... de quoi se mêlent-ils...

3) DS (1) de B.

On a une culture bien à nous qui intègre le prendre soin dans notre vie de tous les jours. C'est une question de personne, prendre soin de l'autre, que ce soit pour le patient ou pour la collègue, ou l'équipe, ça a toujours existé, mais on a des contraintes économiques. Je me bats bec et ongle pour défendre mes soignants au quotidien. Actuellement je ne voudrais pas être cadres de santé (CS). Je disais toujours que c'était la fonction que j'ai le plus appréciée. A l'époque le CS avait un territoire, c'était son service. Il avait une famille c'était son équipe. Avec l'ancienneté j'avais la maîtrise. J'étais à même de pouvoir gérer les difficultés parce que j'étais dans la proximité. Cadre Supérieur de Santé (CSS) le territoire s'est agrandi. Il faut être stratégique pour se faire connaître et accepter. En « pneumo », c'était ma famille, en tant que CSS ma bulle s'est agrandie. Il faut alors, aller voir, être avec, se faire reconnaître, faire des éloges. Tous les matins j'allais dans le service. Au niveau de l'éthique il y avait forcément des unités où le vécu du travail était difficile, cela a entraîné des débats éthiques. En tant que CS, autrefois j'étais dans le prendre soin, aujourd'hui je ne le suis que quand un agent vient me voir avec une difficulté ou avec un agent non reconnu. Je ne suis jamais à côté, je suis avec. Les urgences m'appellent, ils n'ont pas de lits disponibles pour envoyer le patient, je descends aux urgences et on va ensemble trouver une solution. Pour moi c'est du prendre soin et ça vaut de l'or.

« Tu as voulu ce poste-là, tu te débrouilles », ce n'est pas du prendre soin, c'est de la violence. Le prendre soin cela commence par l'écoute, quand on a l'écoute au poste où je suis cela peut permettre de faire changer ma stratégie dans ma prise de décision. Il ne faut pas faire aux autres ce qu'on ne voudrait pas qu'on nous fasse. Pour moi la bientraitance, c'est du prendre soin et ça commence par l'écoute et quel que soit le fauteuil ou on est assis c'est important. Je vis la non écoute comme une violence, une maltraitance. Ecouter cela peut amener l'autre à changer de décision et savoir gérer les blancs, les pleurs... Il faut des années d'expérience. Il vous parle pas, il est mutique, je laisse le blanc pour donner à l'agent le temps de se ressourcer s'il y a de l'émotionnel. Certains cadres, qui sont dans l'insécurité, vont reprendre la parole au moindre blanc. C'est respecter la personne que de respecter le blanc pour qu'elle reprenne elle-même la conversation, sinon je vais reprendre une domination. Avoir le respect du temps et de la distance c'est de la bientraitance.

Je manage beaucoup sur un système de contrat moral. Jamais l'après-midi, jamais le soir à 17 heures, les mauvaises nouvelles et pour nous le sale boulot plutôt le matin que l'après-midi. Avec la fatigue de la journée, ne pas laisser partir une personne chez elle dans cette situation. Et je me ferai aider de la médecine du travail si besoin. Le contrat moral, nous on était plus dans les valeurs, aujourd'hui les jeunes ils vont vite, il faut reprendre un peu les jeunes par rapport au respect. Je valide avec la personne sur ce qu'il lui est reproché. Vous me dites que vous allez vous améliorer en termes de comportement, dans 3 mois, si vous ne vous êtes pas amélioré il y aura sanction. Mais, il n'y a pas de sanction d'abord, il y a « je sais que vous serez capable de le faire, je vous fais confiance, mais si vous ne respectez pas...là je préviens. » Je fais un parallèle avec ce qu'on fait dans notre vie de famille par le renforcement du positif, ça marche, mais dans 3 mois ou 6 mois il y aura une nouvelle

appréciation et vous devrez vous être amélioré. Aujourd'hui il y a une grande crainte de perdre son travail.

J'ai une fille qui est infirmière et qui veut devenir cadre de santé. Je trouve que cette fonction est si difficile aujourd'hui, c'est plus ce que j'ai connu. On leur demande tant de choses, je me demande comment elles font, elles sont au front. Elles nous disent que depuis qu'il y a les mails elles sont assaillies de demandes au quotidien. Comment elles font pour ne pas péter les plombs. Si on n'est pas là pour leur dire je comprends ce que vous vivez au quotidien... A nous de les soutenir quand on leur demande des choses qui ne sont pas des soins.

Coordonnateurs des soins, c'est une vieille professionnelle qui vous parle, on s'est cloisonnés, on s'est séparés de notre corporation. Infirmière Générale, on appartenait à la même famille, aujourd'hui on appartient toujours à la même famille, mais on ne porte pas le même nom de famille. L'Infirmière Générale était reconnue. Il y a un directoire et un conseil exécutif élargi. On est tenu à une productivité, c'est les 3 premiers jours d'hospitalisation qui comptent. La culture soignante est très forte, on a le souci d'une prise en charge de sécurité, même si on a besoin de lits, on ne prendra pas de risques. On a quand même des valeurs et un certain respect de la personne soignée et de la prise en charge. Par exemple on est plus dans le prendre soins de ces personnes -là. L'essentiel c'est qu'il y ait un dialogue, s'écouter, essayer de se comprendre, prendre en compte les contraintes économiques et pressions et faire au mieux et ne pas s'isoler. Tenir bon par rapport à une ligne de conduite, malgré les pressions.

Je m'entends très bien avec M. J. (DRH), on est de la même génération. Dire je suis avec vous, je ne suis pas à côté de vous, c'est beaucoup plus confortable que de se bouffer le foie dans son bureau, c'est de la bientraitance pour moi comme pour eux. Les concepts c'est bien, mais bien faire ce qu'on doit faire sur le terrain, sur le terrain on ne veut pas de concepts. Je suis restée très soignante, ne pas renier le soin pour le pouvoir de directeur, ce besoin de pouvoir. Je suis directeur, mais qu'est-ce que je vais faire au niveau des soins

4) DS 2 de B.

Ma seule expérience c'est l'hôpital. Quand on a été soignant, on a des valeurs on est formé à cette approche psychosociale, c'est peut-être une particularité. On doit tenir compte que le résultat final c'est la satisfaction du patient, est-ce qu'il est satisfait. Inévitablement je suis empreinte de ça. La satisfaction des personnes que je manage est importante. Ce rapport de confiance, d'ouverture des 2 côtés. Le respect de l'autre et l'écoute dans le sens d'écoute active, créer les conditions de l'expérience véritable, qu'elle soit en phase ou pas. J'aime bien que les gens trouvent les arguments pour me bousculer, mais il faut accepter de voir la question sous un autre angle et du coup on redémarre pour rebondir ensemble. Pour beaucoup de personnes c'est très difficile d'être bousculé dans ce qu'ils avancent. On me l'a fait remarquer avec dureté, j'ai pris beaucoup de claques, soit j'essaie de comprendre pourquoi je m'étais mise dans cette situation...J'ai trouvé un tel bien être, maintenant je le fais souvent je donne mon point de vue, comment moi je vois les choses, mais j'admets que vous avez un point de vue différent, mais ça ce n'est pas facile, ce n'est pas culturel, on nous a dit, éduqué à dire oui. L'hôpital est très hiérarchique, trop hiérarchique, les cadres de santé (CS) n'osent pas se positionner vis-à-vis des cadre supérieur de santé (CSS) et idem. On a plutôt tendance à leur apporter les réponses. Ce que j'ai mal vécu en tant que CS, c'est que les réponses venaient toujours de l'extérieur. Par exemple, on travaille sur la semaine de l'encadrement, on va le faire en retard, mais on va le faire, soit on le fait dans l'esprit, soit on ne le fait pas. Quand on se réunit pour un problème on comble l'espace-temps sur de l'information, au lieu de commencer à donner la parole au cadre, mais on fait quand même croire que ce n'est pas l'information descendante qui est importante. Je crois que c'est spécifique à l'hôpital de ne pas donner la parole au cadre.

Mon management il est différent dans le fait de donner de l'importance à l'expérience de l'autre pour qu'à la fin il se l'approprie, mais du coup ça les inquiète, ils se demandent où je veux les amener. En termes de résultat, une fois qu'on pose le projet, le niveau d'exigence il est fort. Mon management peut être perçu très bien ou très mal. Pour ces derniers c'est développer de la confiance, faire appel à l'autre en terme de ressource. Après il y a les règles du jeu, les règles ce n'est pas moi qui les impose et ça personne ne le discute. Comment on fait comprendre ce guide...

L'agir éthique, l'éthique c'est très personnel lié à son histoire, c'est agir avec ses valeurs, c'est en tous les cas chercher à évoluer et à avancer. Si on s'adapte pas en permanence, c'est essayer de suivre le mouvement. Avec les jeunes on peut être très décontenancé. Aujourd'hui l'offre est telle que ce sont les jeunes qui donnent leurs exigences, ils sont plus mobiles qu'hier. Nous on rentrait à l'hôpital de B. pour faire carrière. Les jeunes ne se projettent pas sur le long terme, ce qui est important c'est aujourd'hui. Ils sont plus fins négociateurs que ce qu'on était. Ce n'est pas tant sur les valeurs que sur un style d'approche du travail. Le travail semble d'abord des contraintes et ils essaient de repousser les contraintes au plus loin. Après ils parlent du soin et du malade de la même manière.

Face à cela quel management ?

Il faut être dans le donnant/donnant, être capable de dire quelles sont vos attentes, quelles sont les marges de manœuvre qu'on a et que l'on n'a pas, qu'est ce qui est négociable et ne l'est pas, et, dans le négociable il faut aller dans la négociation. Par exemple, des changements possibles de planning, en les laissant négocier entre eux, mais en disant dès le départ que quelque chose d'accordé à un moment donné pourra être donné en retour, être dans l'échange.

La place de la reconnaissance, c'est évident ce qui est difficile, c'est que chaque individu se sente reconnu de manière différente. Certains vont se sentir reconnus par un petit mail...c'est intimement lié à la personne. On entend toujours, on n'a pas de reconnaissance, mais est-ce qu'on s'en saisit, quand on nous la donne. Moi je me dis, je le dis à ma collègue, à mon mari : aujourd'hui j'ai fait du bon boulot. C'est assez individuel. En public ça fait un peu pipeau. Les gens ont envie qu'au moment au plus opportun on leur dise merci vous avez fait du bon boulot. Cela peut être un moment fort, au moment d'une évolution de carrière et de poste.

Le travail engagé par les agents ou par les cadres, si on leur a envoyé de la reconnaissance à un moment donné, il faut le retenir comme critère on a souvent mis en avant l'ancienneté. La reconnaissance c'est aussi de la promotion, on touche là vraiment à la reconnaissance palpable par l'agent. La disparition de la notation pour une appréciation de la valeur, c'est une bonne chose, mais comment l'appliquer. On n'est pas dans un monde de bisounours, dans ces évaluations on est dans une relation de pouvoir.

Beaucoup de choses à faire évoluer, il faudra des années, il faudra sensibiliser tous les managers soignants et non soignants parce qu'on a des approches différentes.

Etre manager c'est prendre le risque d'exercer ce pouvoir sur les autres au lieu de l'exercer pour les autres. Cela marche quand on essaie et quand ça marche c'est une grande satisfaction et je me dis, ça vaut le coup d'amener les cadres à s'autoriser à penser autrement qu'en vertical, quand les CSS s'y autorisent, ils y trouvent un certain confort et les CS un grand confort. Il suffit de pas grand-chose pour qu'un agent se révèle. Il y a le discours et la réalité, il faut être dans la réalité comme dans le discours. Quel humain manage quel autre humain, ça c'est important.

5) CS pédiatrie de B. 48 ans (a travaillé dans les Télécoms)

Les organisations étaient faites pour les personnels, pas pour les enfants. Il y a d'autres façons de faire qui existent. On peut penser ses soins, on peut être créatif, on peut faire différemment. Tout ce qui est gestion, il y a des similitudes avec les Télécoms, pour moi gestion des plannings, gestion des absences...je ne veux pas que les personnes soient gérées comme des pions. Il faut que l'équipe le reçoive comme un potentiel professionnel, mais aussi un potentiel humain. C'est bien quand on est reçu, accueilli, je trouve que c'est agréable, pour la personne aussi qui arrive c'est construire un parcours. J'ai apprécié ce côté « pâte à modeler ». Il y a des caractéristiques qui vont évoluer et d'autres quand elles sont conjuguées vont donner autre chose. Les gens qui ont un potentiel relationnel, une finesse, par exemple les gens qui fonctionnent bien en hématologie fonctionnent bien en pédiatrie. Les gens qui ont une approche très technique quelquefois pour éviter qu'ils s'enferment avec ces techniques, envoyer un peu chez les personnes âgées permet de casser un peu la technique et ça j'adore. C'est presque un jeu. Je trouve génial quand les personnes disent ce que cela leur apporte. Au CICS, la règle du jeu, on va partout sauf s'il y a besoin d'une compétence particulière. Avoir conscience des difficultés, aider à se découvrir et à construire des projets c'est génial. J'aime ce que je fais parce que j'arrive à mener ma barque, je fais ce que je veux, j'ai des contraintes des demandes institutionnelles, mais j'ai l'impression d'avoir de l'autonomie. Je construis un tableau de bord comme je veux, par exemple pour la prise en charge de la douleur...Il faut uniformiser les outils du cadre, je m'y refuse, si on casse la créativité, si on les uniformise...mettez des robots. Pouvoir avancer avec l'erreur. J'ai passé plein de cadres supérieurs, j'en suis au 5ème. L'autonomie ça dérange, le CSS laisse peu d'autonomie.

J'ai une équipe sympathique avec vraiment une notion d'équipe. Il y avait un bon terreau, elles ont très bien évoluées, le potentiel y était.

On ne m'oblige pas à travailler avec les personnes avec qui je ne veux pas travailler. Ça me gonfle de faire à deux ce que je peux faire seule. Tout le monde n'est pas en capacité de travailler en binôme, le côté bicéphale, ce n'est pas mon truc. Un CSS a dit que j'étais ingérable. On arrive à excuser, comprendre le pourquoi d'une attitude à travers la connaissance, le contexte personnel.

6) Cadre responsable formation de B. (licence activités économiques et sociales, agent administratif)

J'ai observé deux choses, le produit est humain mais la manière de manager est aussi personnelle. On n'est pas par hasard à l'hôpital...on est au service des autres, on peut le dire et le vivre dans les entrailles mais aussi on peut le dire et on peut ne pas le vivre. On est toujours dans la confrontation entre l'intérêt collectif et l'intérêt particulier pour le traitement des individus dans l'organisation. Avec la nouvelle gouvernance, pour que les médecins puissent manager les pôles, il faut de la visibilité sur qu'est-ce que le management. Avec les pôles il a fallu repositionner l'encadrement des pôles, les médecins ne sont pas formés au management, par exemple comment gérer l'absentéisme...Pour le recrutement il y a une pré-sélection et un classement par la DS et le DRH et proposition au chef de pôle mais c'est le DRH qui en dernier lieu a le dernier mot si besoin. La formation aussi est recentralisée à partir des priorités des pôles.

En tant que manager les valeurs essentielles sont pour moi, l'équité, garantir un fonctionnement collectif en respectant l'individu, garantir des conditions de vie au travail qui permettent de s'épanouir au travail c'est aussi un accès aux droits sociaux.

C'est très difficile d'être en observation des pratiques ...par exemple il y a des jeux de pouvoir, comment on peut aller dans la même direction en accompagnant alors qu'il arrive que le cadre de proximité doit rendre opérationnelles des choses qui n'ont pas été définies avec lui. Comment accompagner celui qui n'y arrive pas, comment être clair sur ce qu'on demande et sur les moyens donnés pour qu'ils atteignent les objectifs.

Pour ma part j'ai 8 personnes à manager. Ce qui m'a été difficile c'est d'être attentive à laisser faire, être là quand c'est nécessaire, guider en laissant de l'autonomie... qu'est-ce qu'on fait ensemble, qu'est-ce qui est de ma responsabilité, qu'est-ce que je contrôle...

Il n'y a pas une façon de manager, il y a des individus auxquels on s'adapte, c'est en se centrant sur l'individu pour voir comment il fonctionne qu'on y arrive...j'ai compris qu'on évolue aussi avec l'âge, le contexte et les modèles.

A l'hôpital il y avait des logiques participatives et des logiques hiérarchiques fortes je pense qu'il y a beaucoup plus d'autonomie aujourd'hui.

Aujourd'hui et demain les cadres vont devoir : être à l'aise avec l'informatique, avoir des capacités d'adaptation à l'individu, à l'organisation et les situations, avoir une culture élargie, capitaliser des savoirs, savoir communiquer sur ce qu'on fait, partager les savoir-faire, aller chercher sur le terrain des idées pour la stratégie et les utiliser, avoir une latitude sur les objectifs à définir et sur comment atteindre les objectifs. Bien des fois on fait du participatif pour cautionner des décisions mais c'est dangereux parce que les gens ne sont pas dupes.

Pour moi la reconnaissance c'est par exemple quand j'accompagne un individu, être capable de mettre en place un processus qui a donné des résultats. Chaque fois qu'on réussit, qu'on

résout quelque chose il y a une reconnaissance. La reconnaissance qu'on nous donne c'est l'autonomie qu'on nous laisse. Dire à la personne ce qu'elle a apporté dans le processus... quand tout marche bien ce n'est certainement pas par hasard.

Il y a des équipes, si on arrive à mettre un bon climat, qui y arrivent toutes seules. C'est important de laisser des choix aux cadres avec qui on travaille. Il y a des personnes qui travaillent bien seules. Il faut que la personne ait du plaisir à venir travailler et ça c'est un boulot important du cadre. Savoir faire travailler ensemble des individus ou rapprocher des individus capables de travailler ensemble, pour faire les bonnes combinaisons il faut bien connaître les gens. C'est comprendre ce qu'il est, ce qu'il sait, ce qu'il fait et comment il le fait. Le respect, c'est la bonne distance, proche de l'individu tout en respectant ce qui lui appartient, cette juste distance est à trouver et elle est différente d'un individu à l'autre.

L'informatique peut être un super outil pour mieux connaître les agents, leurs compétences leur parcours professionnel, ce qui a marché pour eux. L'informatique c'est un super outil de traçabilité. Cela nécessite de vivre cette traçabilité comme « je capitalise pour l'autre » alors qu'au niveau des cadres on est dans l'individualisme.

7) Partenaires sociaux CFDT CH de B. (2 personnes présentes lors de l'entretien)

Il faut couper l'hôpital en deux, les soins et l'administratif et technique et là on pourrait gérer comme une entreprise lambda. La priorité rentabilité n'est pas seule. Quand on parle de pertinence d'un investissement c'est au nom de quoi. Le patient reste au milieu du truc. Si l'empathie par rapport au patient était aussi dans le management cela se saurait. Il y a des postes à pourvoir, on ne fait pas du management global. On ne tient pas compte des demandes des agents. A l'inverse il y a un poste à pourvoir, on regarde qui est libre pour ce poste. Il y a tellement de retard sur les vœux d'un agent. Les demandes peuvent rester très longtemps avec des fins de non-recevoir. Le profil de poste est fait théoriquement pour ouvrir en grand, pour communiquer, et vous pouvez postuler. Ce que les agents vivent mal c'est que tous les postes ne paraissent pas. Quand on n'est pas transparent on perd de la crédibilité. Il faut que ce soit une démarche à long terme. Les demandes de mutations se font sur la pénibilité des postes : dimanche, horaires coupés, cadre accessible, confort personnel.

Le plus négatif actuellement c'est qu'en première affectation on n'a jamais le poste demandé, il ne faut pas demander ce qu'on veut vraiment. Il faut faire des efforts accepter des contraintes. Exigence de soumission pour obtenir plus tard ce que l'on veut. Demander l'opposé de ce qu'on veut pour avoir une chance de l'obtenir. A force de rappeler sur les congés les repos les agents pensent qu'ils sont mal dirigés. Le travail en 12heures se fait aux urgences, pédiatrie, maternité en partie, réanimation. Accepter les 12heures permet d'économiser des postes qui servent pour les remplacements.

Qui sont les managers, quelle politique managériale...un management à plusieurs têtes : barrage de la DRH, barrage de la DS, barrage du service. Dans la loi HPST le chef de service peut refuser un secrétariat avec un affectif en première ligne : sympathie, antipathie, une étiquette qui peut rester parce qu'il y a eu un conflit.

Un management avec un agir éthique c'est un management où quand il y a un poste à pourvoir le poste est ouvert et les critères affichés. Et on va aller vers les agents pour voir leurs demandes et voir comment on peut répondre à ces demandes. Il est important de faire tourner sur des postes. Parce qu'il y a des postes lourds, neurologie par exemple et moins lourds, comme les consultations. Faire un management à la carotte plutôt qu'au bâton.

Au niveau des secrétaires médicales, les secrétaires responsables sont choisies par la direction. Ce n'est pas un management transparent. On ne sait pourquoi une personne est choisie. Aujourd'hui la reconnaissance elle passe par le salaire. L'agent qui est contractuel n'est pas reconnu à terme cela sera au détriment du patient. Le recrutement est une part importante du management. Quand on recrute, après un an en tant que stagiaire vous devenez titulaire, aujourd'hui il y a des contractuels qui restent contractuels plusieurs années. Les élèves infirmières qu'on recrute restent minimum 2 ans contractuelles. On a du mal avec les gens qui ont des problèmes, qui ne répondent pas aux attentes, on va essayer de les faire craquer au lieu de prendre la responsabilité de protéger. Les agents qui ne se sentent pas protégés des patients, ils disent, la direction ne me reconnaît pas, ne me protège pas face à une plainte de patient ou de famille.

Le problème du management c'est aussi le nombre de strates, la position des cadres de proximité n'est pas valorisée. Ils ont peu de latitude managériale. Par exemple des brancardiers qui pointent sans être au travail, in fine, c'est le cadre qui aura tort. Le cadre de proximité est au feu, c'est lui qui doit être épaulé. Par exemple il y a un cadre qui a voulu donner ½ point aux agents, comme reconnaissance dans le cadre une pénibilité exceptionnelle du travail sur l'année. Il n'a pas été soutenu. Notre DRH ne tient pas compte de l'ancienneté. Le premier critère est l'absence maladie qui gèle la note. A partir de 30 jours d'absence mais on ne doit pas le dire à l'agent que sa note est gelée à cause de ça. La disparition de la note ce n'est pas grave si on tient compte de l'ancienneté et de la valeur de l'agent sur des critères comme la façon de servir les valeurs professionnelles, les capacités d'empathie, l'investissement dans l'institution.

Tout un panel de salariés vient nous voir car ils se sentent à l'école primaire. On ne peut pas être évalué qu'une fois dans l'année. Que penser d'un cadre qui sanctionne une fois dans l'année sans avoir eu de retour au long de l'année. J'ai un cadre qui au bout de 10ans m'a dit, cette année on a vu votre travail.

La fonction cadre est vraiment centrale en particulier cadre de santé. Il est important de les reconnaître comme ayant une fonction managériale première. La direction ne fait confiance à personne. Le DRH ne délègue rien mais c'est bâclé. Il n'y a aucune gratification. Il faut sortir de la masse en étant très brillant ou très nul.

Il y a des gens qui tiennent des postes au-delà de ce qu'on leur demande. Il y a des initiatives individuelles qui cachent la misère. C'est ce qui fait tenir le système, certaines personnes font tenir le système parce qu'on est à l'hôpital et qu'on y croit.

— *Site 2*

DG de D (homme 45 ans, premier entretien)

Il y a un décalage avec la formation actuelle de management et les besoins du terrain. Aux USA au travers des universités, cela permet à différentes professions d'accéder à différents stades de management avec des formations communes autour des aspects stratégiques, gestion, communication... Le système est très ouvert pour accéder aux différentes fonctions avec un tronc commun. Le système français qui repose sur des cursus très différenciés, sur des diplômes et une approche de professionnalisation assez limitée, repose beaucoup plus sur l'expérience et peu sur les acquis universitaires comme dans le système pour les cadres licence et maîtrise.

D'une façon générale un directeur ne gère pas comme il y a 30 ans. Les modèles du début du XXème, avec une organisation centralisée, autoritaires et peu participatifs fonctionnent de moins en moins. L'autorité ne se déclare pas, elle se conquiert par une reconnaissance. La spécificité à l'hôpital, c'est qu'elle diffère de l'administration classique, avec des chefs et des sous-chefs et des agents qui sont amenés à obéir. L'acteur et le système de Crozier ne s'est jamais vraiment appliqué à l'hôpital du fait de la présence des médecins. La direction n'est pas une fonction considérée comme légitime à l'hôpital. La fonction de directeur est aujourd'hui reconnue. Le directeur a dû acquérir la reconnaissance par la compétence. Cette compétence est de moins en moins remise en question. Le directeur doit-il être médecin ? Le directeur non médecin est de plus en plus légitime dans sa capacité à manager, à fixer des objectifs, manager c'est-à-dire faire en sorte que tout le monde tire dans la même direction. Le management participatif est de fait aujourd'hui. Ce participatif l'est plus ou moins. Les adjoints sont de simples collaborateurs ou les adjoints forment l'équipe. Les rapports de la direction avec les médecins, le président de la CME est l'alter égo du directeur. Le mode de gestion est de fait participatif. Les choix stratégiques ont toujours été faits en parlant avec le comité exécutif et maintenant le directoire. Ici, on a une approche une peut différente de la loi. Le discours de Sarkozy, le directeur patron de l'hôpital... le comité exécutif a été supprimé par la loi HPST, mais en Aquitaine il fallait retrouver ce qu'on avait avant, on a reconstitué le comité exécutif qui se réunit moins souvent.

Dans le contexte difficile et qui va le devenir de plus en plus sur le plan budgétaire, il faut un pouvoir fort. On ne peut avancer dans l'hôpital que par le consensus, le consensus ne favorise pas les choix sensibles. Le directoire est de 7 personnes et est élargi de manière permanente avec des personnes qui ne prennent pas part au vote. Il me semble inenvisageable de voter au niveau du directoire, c'est au directeur, in fine, de décider, dans le directoire le directeur est en minorité. On ne peut pas gouverner seul, un directeur, il doit être capable d'arbitrer et de trancher mais avant en capacité d'écouter, d'analyser la situation, pour prendre la meilleure option.

L'hôpital est dans les murs mais aussi à l'extérieur, donc le directeur doit être dans les murs mais avec une vision stratégique sur un territoire, donc anticiper. Il doit capter ce qui se

passer à l'extérieur, anticiper dans un monde d'incertitudes, comprendre ce qui se passe pour décliner la stratégie, faire partager la vision. Pour partager la vision, il faut soi-même avoir les idées bien en place ; soi-même avoir une analyse, alors que le système est de plus en plus complexe de moins en moins géré car les systèmes publics gèrent au jour le jour. Un collègue disait « moi, j'attends que l'ARS me dise ». Il ne faut pas attendre de l'extérieur il faut être en capacité de percevoir ce qui va se passer et avoir des stratégies et des propositions. La capacité à monter un projet et de capacités à argumenter, capacité de conviction, de leadership. Que les messages passent bien, au travers de la mise en place des projets, une adhésion. On est certain que les messages sont passés quand on a le sentiment que la stratégie est partagée, n'est pas remise en question. Le leadership c'est une forte personnalité qui emporte l'adhésion. Pour moi on fait le management qui correspond à sa personnalité, sinon on devient schizophrène. Le management correspond à ce qu'on pense. Entraîner les équipes par rapport à un projet plus que par la personnalité.

Prendre du recul par rapport à la fonction, sa mission comme étant un métier, un job où il faut beaucoup s'investir, mais prendre du recul pour ne pas devenir mégalomane, ou se laisser porter par la violence. Soit ils ont de gros égos et on ne doute pas d'eux et donc ils foncent, c'est l'exemple des politiques qui se prennent des vestes et repartent. Si on n'a pas cela, si on n'a pas la capacité à avoir de la distance, s'imposer et être reconnu... Il y a beaucoup de choses dans l'attitude, il ne faut pas limiter l'attitude mais il y a aussi la compétence. Le directeur doit être exemplaire quand il tient un discours, il faut qu'il soit cohérent avec son discours. Une attitude humaine qui fasse passer les messages à faire passer... didactique.

Pour les situations complexes, percevoir les enjeux, stratégie claire, attitude d'écoute humaine, qui permet d'expliquer ce qui va se passer. Par exemple, actuellement il y a des politiques dures, il faut être dur avec la gestion des personnels, il faut que le directeur soit présent physiquement, être présent dans la structure. Un DRH que j'ai connu était très absent de sa structure pour d'autres activités, avec un discours très autoritaire par rapport à l'absentéisme...

La force du message renvoie beaucoup au comportement de l'individu. Si le directeur s'engage et que dès la première situation il ne respecte pas ses engagements... Il faut que la parole puisse être entendue, qu'il y ait cohérence dans le discours.

Le management correspond à ses valeurs, à sa vision. Un directeur a plus de chances d'être entendu dans ce qu'il dit s'il a des valeurs. On m'a dit que le contact que j'ai apprécié, mon prédécesseur était plus distant, plus froid. Je crois beaucoup au fait que des choses se disent plus facilement quand les gens se connaissent. J'ai toujours favorisé le travail des partenaires sociaux. Ma conception est que les partenaires sociaux doivent pouvoir travailler. Si on respecte les hommes et les institutions, on sera respecté. Je me souviens en tant que directeur adjoint à L. après un CTE nous avons un repas avec les représentants du personnel. C'est une forme qui permettait que les problèmes des personnes ne fassent pas barrage. Mon premier message je respecterai le travail des représentants du personnel, mais moi j'ai un rôle à assurer. Mon objectif c'est convaincre les responsables du personnel, je jouerai mon rôle de directeur mais en même temps ils seront respectés. Il y a eu un débat en

fin d'année par rapport à un changement d'amplitude horaire. On ne débattrait pas en CHSCT, mais en CTE. En CHSCT on débattrait de la pénibilité. J'ai organisé un CTE extraordinaire, pour une application des textes. Je prends un avis, mais après je suis décisionnaire. A une époque où les problèmes vont être de plus en plus prégnants, il faut une grande clarté sur les droits des uns et des autres. Au lieu d'aller très vite, il faut tenir compte des instances et du passage dans les instances.

L'encadrement intermédiaire est important, il faut un très bon encadrement et des cadres globalement bien positionnés. La direction des soins est une direction très importante, il est important pour moi qu'elle soit loyale par rapport aux décisions. Après les difficultés sont plutôt liées à des capacités. Ce que j'attends, c'est la loyauté, c'est une qualité essentielle. On fait le même métier on doit gérer des contradictions, des injonctions contradictoires, cursus et caractère vont faire la réussite ou non dans ce métier de plus en plus difficile. Le critère de réussite, c'est celui de l'adhésion de l'équipe qui se traduit par peu d'absentéisme. La difficulté pour le cadre, c'est qu'il n'est pas seul, face au corps médical. Il peut être défaillant, au fond, s'il a une problématique personnelle qui fait qu'il n'est pas fait pour cela, capacité personnelle à pouvoir prendre des décisions. Le système d'Ecole des cadres est-il suffisamment sélectif par rapport à la personnalité. Dans les études médicales des tests renvoient à des connaissances, aucun test de personnalité... Quand Air France recrute des pilotes de ligne, il y a toute une partie qui renvoie aux comportements. La capacité à analyser la situation, les outils pour vous tirer des situations délicates sont importants, car il y a un niveau d'exigence...

En France on veut tout tracer, soit, mais ce qui est tracé est à côté de la plaque ou a une faible utilité.

Dir qualité de D. (Homme, 60ans ENSP, DESS droit public, gestion d'entreprise. Début de carrière en 1978, différents postes, 6 établissements, dont chef d'établissement pendant 8 ans.

J'ai une conception assez carrée de l'engagement, qualité et gestion des risques prennent aujourd'hui beaucoup de poids, difficile de faire autre chose... si on demande beaucoup de choses différentes et lourdes, plus on en fait moins on fait bien, donc soit beaucoup de choses moins bien ou moins mais mieux.

Tous les 4 ans il y a la certification, ici en fin 2010 3ème procédure, donc depuis 1 an uniquement centré sur la qualité et la gestion des risques. Nous ne sommes que 3, on ne peut donc pas véritablement parler d'une direction mais plutôt d'une cellule. Je travaille avec 2 techniciennes. On est sensé travailler avec tout le monde, mais il y a un écart entre le discours et la réalité. Il est difficile de pouvoir compter sur tous les référents, car c'est une cellule transversale sans lien hiérarchique sauf pour les 2 techniciennes.

Je suis rattaché au directeur. La dimension persuasive est très importante, parfois fatigante

(Pouvez-vous préciser le parfois fatigante)

Les différentes activités de la qualité sont au centre de l'activité des acteurs, mais après il y a un décalage entre les principes et la réalité comme toujours dans la vie, un contexte qui tend à s'alourdir, des difficultés à concilier ce qu'on voudrait faire et ce qu'on arrive à faire, ce qu'on doit faire en permanence, c'est plus difficile à maintenir au quotidien, cela me pose problème, c'est le côté décourageant, on est à la convergence de ce qui va et de ce qui va pas ce qui va on y passe vite et on s'attarde sur les 24-25 points sur lesquels on est pas bien, et cela, ne fait que croître et se complexifier. La réglementation pousse sans cesse à améliorer, on en a jamais fini, on est toujours en retard pour être dans le zéro défaut, on travaille de plus en plus avec des contrôleurs....A partir du moment où une norme est sortie, il faut l'appliquer, si on ne l'applique pas on porte une responsabilité. Donc une forte pression. Les gens ont beaucoup de chemin à faire pour porter les projets...

Avec les partenaires externes et les partenaires internes, on a beaucoup, beaucoup de choses à porter, en interne, beaucoup plus que ce qu'on peut faire, donc il faut sans cesse prioriser.

Quand on ne fait pas dans ce secteur il subsiste un risque pour des personnes qui sont déjà vulnérables et on ne le ressent pas on est en risque de sanction.

Les valeurs doivent guider, coordonner est très difficile à obtenir, on va avoir une neuvième non faite donc insatisfaisant... grosse, grosse frustration et on travaille avec ceux que cela n'intéresse pas, avec ceux que ça intéresse peu, avec ceux que cela intéresse mais qui non pas le temps ou ne veulent pas le faire avec vous...

Tout le monde est interdépendant... mais cloisonnements. Quand on se replie sur soi-même, c'est mieux pour soi, mais beaucoup de temps et d'énergie pour faire travailler ensemble...cela génère de l'amertume car beaucoup trop de temps à mettre les gens en synergie, on me dit que c'est comme ça dans la vie mais cela me laisse insatisfait.

Le côté social, utilité sociale. On ne travaille pas sur des produits, mais dans l'humain, on n'est pas une entreprise mais un service public, on va jusqu'à éviter le mot client pour utiliser plutôt usager, patient, résident. Le côté humain... j'aurai pu être dans la banque mais j'ai choisi le social. Quand je rentre ou sors de l'hôpital je vais croiser des gens, un couple avec un bébé qui sort de la maternité et en même temps d'autres en pleurs.

Ce qu'on fait au bout de la chaîne contribue à des personnes, des gens, qui ne sont pas biens. Les soignants disent nous on est en première ligne. Nous, on est peut-être pas en 1ère ligne, pourtant quand je reçois quelqu'un pour qui cela ne s'est pas bien passé, j'ai besoin d'écouter. On travaille pour des personnes qui ont un problème de santé et pour qui c'est pile ou face.

Et si on ne fait pas bien, on va aggraver la situation de personnes qui ne sont pas biens. Cela pourrait se rapprocher de la qualité dans l'aviation ou dans le nucléaire. Passion et confrontation, les relations sont toujours fortes pour défendre son bifteck.

L'attention aux autres notamment à ceux qui sont dans le besoin. La solidarité, c'est très fort, ce n'est pas un truc creux, la collaboration, la tolérance, la persévérance, il en faut parce que c'est long Jeudi, je vais défiler (grève) pas tant pour les retraites, mais parce qu'on pousse trop loin l'économique, ce n'est pas bon pour ce qu'on fait, on parle en euros et on ne met pas les choses en perspectives.

La façon d'être éthique c'est de rester motivé, d'être attentif, d'être rigoureux, rigoureux, je veux dire s'efforcer de recenser tous les problèmes portés par les acteurs externes et internes et faire l'effort de les mettre en perspectives pour pouvoir faire des propositions. Apporter la meilleure solution possible aux besoins, ce que je ne supporte pas, c'est de ne pas pouvoir apporter une solution à un problème.

Dans les activités supports on n'est pas comme un soignant en contact. Je dois bien faire un boulot abstrait pour être dans une conception de l'éthique et derrière cela fera du bien à un soignant et un soigné.

Faire en sorte que les ressources soient le mieux employées possible, l'éthique c'est ça, l'éthique c'est aussi la collaboration, celle qu'on apporte et celle qu'on attend des autres, c'est toujours prioriser et re prioriser par rapport à des besoins toujours plus nombreux. Le risque c'est de faire de mauvais choix. Par exemple en hémovigilance, à l'extérieur on n'imagine pas le nombre et les aspects des tâches pour faire en sorte qu'il n'y ait aucun risque, aucun défaut. Il y a des gens qui vont décortiquer, en essayant de voir ce qui est bien, ce qui est à risque pour définir des règles de fonctionnement pour que tout ce passe bien, alors qu'il y a 700 personnes en activité en même temps et voir si tous ces gestes sont bien faits. Quand on voit le maillage nécessaire pour toucher du doigt ce qu'est traduire une éthique en gestes quotidiens... Quand je vais en radiothérapie, je vois la tête des gens qui ont perdu leurs cheveux, on ne travaille pas de la même manière quand on voit cela... et derrière il y a des textes... des textes constamment et chaque fois une trentaine de recommandations tous les 6 mois. Quand on adhère ce sont des objectifs, quand on n'y adhère pas ce sont des obligations, mais c'est ça qu'il faut faire. Alors on fait des plans, les médicaux on leur plan, les paramédicaux d'autres, les administratifs d'autres... les partenaires externes d'autres. Une myriade d'acteurs qui ont leur éthique personnelle et il faut faire converger ces éthiques et si ça se passe pas bien on met en risque la vie d'une personne.

(Question 4) Très, très participatif, l'inconvénient c'est qu'on n'est pas assez nombreux pour faire ce qu'on a à faire. L'avantage on se connaît bien, il y a une grande confiance, une grande délégation. Je ne peux pas non plus tout contrôler. Il faut pouvoir faire confiance aux gens.

(C'est quoi faire confiance aux gens ?)

Laisser la possibilité de faire comme elles souhaitent faire, leur laisser traiter le problème à leur manière, mon rôle c'est d'avoir une vision plus globale. Je préfère assumer quelque chose que je n'aurais pas fait comme ça, voire une erreur, plutôt que d'avoir à dire de A à Z comment faire. On espère que lorsqu'il y a un point particulier difficile la personne va en parler. Il y a de l'estime et du respect mutuel, la confiance c'est cela. C'est aussi admettre à certains moments qu'on se trompe. C'est aussi maintenir la motivation. Quand je pense qu'il y a quelque chose à faire, je m'y accroche, c'est aussi laisser des marges de manœuvre et accepter que cela ne soit pas fait à la manière dont je l'aurais fait. Je ne souhaite pas qu'on cache des choses, je prétends qu'on peut tout me dire, pas en réunion ou devant un public... mais entre 4 yeux.

Tous les lundis matin il y a comité de direction, faire coller les agendas pour 12 à 15 personnes c'est la croix et la bannière, l'essentiel, c'est d'avoir un groupe stable. On est surbooké à l'hôpital il faudrait arrêter de faire des usines à gaz et faire fonctionner ce qui marche. On a du mal à travailler en commun, rien qu'échanger de l'information c'est difficile, on se retrouve avec 500 mails, tu n'es pas obligé de lire mais c'est important d'en prendre connaissance. C'est un risque pour l'éthique car cela peut aboutir à la confrontation, confrontation destructrice, faire des ennemis. Parfois pour préserver son équilibre on va dire je ne peux pas il ne faut pas que cela m'affecte. L'ennemi c'est le temps et la bousculade des choses à faire en sachant que derrière il y a ces conséquences humaines, ça c'est lourd à porter.

(question 5) La reconnaissance... il est bien entendu que je parle de moi, la reconnaissance on est souvent déçu par rapport à ça. Je me définis comme rigoureux avec des principes, c'est un rajout de contraintes que j'essaie de m'appliquer à moi-même, j'essaie de m'imposer, ce que j'impose aux autres. Les gens avec qui je travaille j'essaie de leur donner cette reconnaissance avec mes collaborateurs ça marche et elles disent cela me permet de faire l'inverse, d'être France quand je ne suis pas content. J'ai envie d'en avoir pour moi et je dois dire que je me sens frustré. On a plus de retours sur ce qu'on n'a pas fait, pas encore fait, pas bien fait, c'est comme avec l'usager, 9 plaintes pour un remerciement. En interne c'est pareil, avec les tutelles, les exigences sont telles que si j'ai fait 9 choses bien, mais si j'ai fait 1 chose pas bien, ou pas fait, c'est celle-là qu'on verra, qu'on me reprochera, on va retenir dans le passé de mes actions que la chose qui n'a pas marché. J'ai sur mon bureau 50 choses à faire et c'est celle que je n'aurai pas fait qu'on me reprochera. Des fois je relis la mort du loup de Vigny.....C'est un milieu dur.

60 ans, sur le départ, place aux jeunes, je pars, mais je pars parce que je ne me sens plus bien dans ce contexte, plus d'engueulades que de reconnaissance ; je sais que dans le même contexte on ne peut pas faire mieux que ce que je fais. Ma carrière, ma femme en a souffert.... Quand je rentre et que je suis sombre, la famille le subit. Le contexte actuel est trop pesant on en a jamais fait assez, assez vite, assez bien, la reconnaissance n'y est plus, je pars pour ces raisons-là. La valeur travail actuelle qu'on essaie de nous vendre si on avait de la reconnaissance cela marcherait tout seul. Donner, donner, donner... sans reconnaissance de De temps en temps il faut pouvoir dire aux gens c'est bien ce que vous avez fait. Les

conditions deviennent de plus en plus inhumaines à cause de ça. Vous voulez que je fasse 50 choses, mais dans le contrat il faut que vous acceptiez qu'il y aura des choses non faites ou mal faites si non vous ne m'en donnez que 10.

Il ne manquerait pas grand-chose pour que cela soit super ces boulots

DS de D. (femme, 54 ans DE infirmière Certificat Cadre de santé en 1985 Licence et maîtrises en Sciences de l'éducation 1992 ENSP en 2002

La spécificité c'est qu'il y a beaucoup d'acteurs, le pouvoir a évolué il faut faire avec. Le pouvoir aujourd'hui est plus du côté médical avec les dernières réformes alors que j'ai l'impression qu'on ne dirait pas au directeur d'un Carrefour qu'il aura quelqu'un avec un pouvoir fort à côté en particulier pour le choix du personnel. Qu'est-ce qui amène de l'argent et fait les recettes, en fait ce sont les médecins, quand ils viennent demander quelque chose ils font du poids, je vois que moi lorsque je veux publier un poste j'ai besoin de demander au médecin le profil qu'il souhaite. Je pense que c'est moins complexe de diriger dans une entreprise lambda.

Les valeurs, oui, oui mille fois et je pense que c'est là que le bât blesse quelque fois: respect inconditionnel, respect des droits du patient, solidarité, engagement, professionnalisme, responsabilité, respect de la dignité des personnes.

Je pense que dans le management cela devrait être ainsi. Par exemple une jeune infirmière, qui ne correspond pas aux attentes du CS et du médecin. D'un côté on dit respect, mais d'autre part, si tu ne corresponds pas tu es viré. Ces valeurs doivent être applicables mais pour des raisons économiques ou des pressions quelque fois supérieures, aujourd'hui on fait le grand écart, le respect des gens c'est important, la recherche de professionnalisme aussi. Au mois de décembre est paru un document de l'HAS sur la bientraitance on s'est demandé si dans l'urgence on est pas parfois maltraitant, comment entre nous on était, on s'est demandé si on faisait suffisamment attention, déjà en montrant combien pour moi c'est important de l'accueillir bien quand je reçois une infirmière, c'est une manière de lui montrer ce que j'attends d'elle. Aujourd'hui qu'est-ce que vous avez comme expérience, où voulez-vous travailler, on va poser les gens là où ils ont de l'expérience, c'est un moyen de reconnaissance de la compétence. Aujourd'hui on veut maintenir la compétence collective, chaque personne qu'on recrute on valorise son parcours professionnel, on lui demande aussi ce qu'elle veut, où elle voudrait aller.

Les infirmières viennent peut me voir, quand elles viennent me voir c'est pour me dire qu'elles vont partir et c'est trop tard. Aujourd'hui on a bien progressé dans les valeurs qu'on souhaite que les infirmières mettent au niveau du malade on essaye de respecter, mais on est loin de cela quand on supprime les repos pour des remplacements... On respecte la dignité

pour la personne fatiguée après maladie où on propose des postes qui respectent l'estime de soi.

Agir éthique ce serait respecter le professionnel, ne pas aller au-delà de ce que son métier autorise, on a toujours plusieurs possibilités, la limite c'est arriver à prendre des décisions qui respectent totalement la personne. C'est ne pas utiliser le poste qu'on a pour prendre des décisions à l'arrache, mais permettre aux personnels d'intégrer, d'être d'accord avec la décision, ne pas faire de tort, en respectant les besoins de l'établissement, mais en première intention écouter la demande de la personne.

L'agir éthique, arriver constamment à ne pas se contenter des lunettes que l'on a soi-même...et parfois je prends sur moi, mon envie c'était de lui claquer le beignet mais je ne pouvais pas car il ne suffit pas d'être DS pour justifier de claquer le beignet...ça c'est difficile et en même temps je me dis que si j'arrive à le faire les CSS le feront avec les CS.

Aujourd'hui je mesure le temps qui est passé, il y a 20 ans, on ne mettait pas des gants, aujourd'hui cette relation d'obéir n'est plus acceptable, aujourd'hui avec cette façon de faire on irait au clash, on ne gagnerait pas. Un CH est très complexe, on ne peut pas prendre de décisions tout seul, du coup on a besoin de l'autre, alors qu'il me semble qu'il y a quelques années on pouvait le faire plus facilement. Si tous les professionnels sont en capacité de s'auto évaluer quel que soit le grade, on est content si quelqu'un d'extérieur vient vous dire que ce qu'on a fait est bien. Je pense à un cadre dont je venais de constater ce qu'elle venait de mettre en place à qui j'ai dit : « c'est très bien ce que vous faites » et qui m'a répondu un petit merci, je me suis dit tu n'as pas intérêt à rater cela. Notre ennemi c'est notre façon de regarder sans être capable de s'émerveiller chaque matin et ça participe certainement à l'agir éthique. Travailler avec des humains nous oblige à être meilleur.

Ce qui me revient régulièrement c'est ma capacité d'écoute et ma capacité d'accepter la différence, mon faible c'est d'être pas suffisamment présente, de laisser trop d'autonomie. Ce n'est pas la recherche de pouvoir qui m'a motivée pour ce poste, c'est de travailler dans le collectif, d'être avec d'autres. J'ai le souci que les gens soient biens au boulot car c'est très important pour moi-même. L'autonomie c'est drôlement difficile car les gens peuvent prendre plein de décisions et alors je sers à quoi moi, la limite est difficile à poser. La reconnaissance c'est les encourager dans les prises de décision, la validation d'un projet. La non reconnaissance c'est quelqu'un vous présente quelque chose et vous passez à autre chose sans rien dire, quelque chose qui va bien et vous ne le voyez pas.

Le souci de l'autre, c'est le visage de l'autre. Par exemple une personne arrive dans mon bureau avec des yeux gonflés... ça je sais bien le faire, mais ça c'est infirmier, c'est tout. Un soupir, un visage triste et je le dis, c'est une manière de voir des trucs et de le dire.

Dans ce pôle des décisions sont prises qui me mettent en difficulté. Je ne leur ai jamais dit jusqu'où elles ont des marges de manœuvre. Je ne vais jamais vers les cadres supérieurs elles viennent si elles ont besoin. Je n'ai pas institué de temps planifié de régulation avec les cadres de pôles car régulièrement il y a des projets qui amènent des rencontres constamment.

Pour le pôle de gériatrie j'ai dit que je viendrais tous les quinze jours. C'est dans ma façon de fonctionner. Je ne vais pas voir le directeur, sauf quand j'ai un problème, mais lui m'a demandé de venir tous les mois et je me creuse la cervelle pour voir ce que je vais lui dire.

Quand il m'appelle c'est parce qu'il y a un problème. Pour se dire que tout va bien on ne se rencontre pas. De mon point de vue les cadres des pôles font pleins de réunions, mais je ne pense pas qu'elles se rencontrent de manière systématique.

Sur le continuum de ligne il y a des pointillés, il y a pas de la cohérence jusqu'au bout dans le faire, je ne vais pas forcément jusqu'au bout, dans la pratique, je ne vais pas jusqu'au bout du bout, ça je le fais c'est logique mais ça je ne le fais pas c'est surprenant. Est-ce qu'il y a quelque chose d'intellectualisé qui nous permettrait de maintenir la cohérence jusqu'au bout ? En ce qui me concerne c'est totalement intuition... quelles sont tes valeurs et jusqu'où tu vas pouvoir les appliquer.

CS resp. formation de CH de D. (femme, 54 ans, Certificat d'orthophoniste, Fonction hospitalière depuis 1977, Depuis 1982 hôpital de D. Certificat de CS en 2006

(Question 1) Une particularité inhérente à notre mission service public tient à son activité 24h sur 24, au code déontologique de chaque profession médicale et paramédicale, à l'encadrement juridique très important par rapport aux usagers, par rapport au personnel, les possibilités de recours.

Un management avec des commissions spécifiques d'analyse, des instances particulières comme le CHSTC, la concertation avec les organisations syndicales. Tout cela donne des particularités incontournables, comme par exemple l'assignation pour une grève.

(Question 2) Tout à fait, par exemple dans le projet de soins et dans le projet social, il y a une réaffirmation de : l'engagement collectif et individuel, de l'équité, de la solidarité, de l'application de droits et obligation, prise en compte de la dimension collective et individuelle dans la gestion des ressources humaines.

Dans le projet de soins on retrouve : le respect, la responsabilité, l'ouverture à l'autre. Le concept de care est inclus dans le projet de soins, les nouveaux managers soignants le travail du cadre c'est de prendre soin de l'équipe, mais c'est une particularité de la culture soignante, pas de la culture logistique, administrative.

(Question 3) Un agir éthique pour moi, c'est m'assurer de l'équité en m'appuyant sur les droits et devoirs de chacun, les missions, les interfaces entre les missions et sur les réflexions nécessaires par rapport aux choses qui sont posées institutionnellement et qui ne peuvent être calquées... est-ce que c'est ajusté, est-ce que c'est juste...

(Question 4) Ce qui est fondamental c'est l'honnêteté, le sens du collectif, le sens de la mission service public, l'intérêt de l'établissement, la loyauté et la reconnaissance du droit à

l'erreur pour s'améliorer. Je suis très en colère pour les comportements qui ne respectent pas le sens collectif et une tolérance par rapport à autrui et une curiosité.

Je manage 4 personnes. J'ai tendance à être dans le participatif, c'est ma position initiale, que j'ajuste en fonction des personnalités qui ne peuvent pas être managées comme ça, des personnes déstabilisées quand on leur demande de réfléchir... qui peuvent déclencher des réactions émotionnelles. Avec un même agent, je peux être tour à tour maternante, sanctionnante, d'adulte à adulte ou dans la participation ; je veille au grain car je sais aussi qu'on a tous des bénéfiques secondaires, une marge de manœuvre pas étendue donc vigilance extrême y compris à moi-même, cela m'évite à avoir à gérer des comportements très problématiques. Cela se passe bien, parce que les personnes que j'encadre savent que j'encadre. On me qualifie souvent de cadre très agréable et surprenante. C'est qu'on pense que je ne vais pas reprendre tel petit glissement, alors que je le reprends d'abord de manière assez souple et tranquille et je vais passer à la vitesse supérieure si ce n'est pas entendu. Je ne fais pas partie des cadres dont on dit, on peut faire ce qu'on veut, elle ne va pas mordre, pour moi cela serait ne plus participer à un collectif, une entreprise.

(Question 5) La reconnaissance pour moi c'est évident, la reconnaissance de ce qui est bien fait et de qui ne l'est pas, le reconnaître en tant qu'être pensant et être actif, on n'est pas dans un rapport de soumission mais de hiérarchie, jugement du beau et de l'utile avec la dimension particulière du travail collectif.

Le care je pense que je l'ai toujours avec moi depuis le début de ma vie d'étudiante. L'autonomie de par ma formation, je trouve cela très important, l'autonomie ce n'est pas agir tout seul, mais savoir qu'on est interdépendant et que dans cette interdépendance on a une responsabilité par rapport à sa mission tout en ayant une certaine autonomie. La reconnaissance en management bien sûr... j'ai mis en place rapidement, car elles étaient en manque, délaissées par l'institution ou lâchées. J'associe le care à la reconnaissance de l'individu avec l'engagement de la personne d'assumer sa mission le mieux possible.

L'autonomie est plus difficile à promouvoir dans un cadre d'interdépendance, ce qui est difficile avec des personnes qui ne veulent pas partager l'information, qui le feraient à la Corse. Ainsi, j'ai fait prendre conscience à la personne en faisant en miroir de manière à ce qu'elle voit bien ce qu'elle faisait. Avec des personnes il faut aller avec le choc frontal, mais je n'aime pas ça. L'autonomie ce n'est pas faire ce que je veux quand je veux, l'interdépendance c'est la base de la relation humaine, c'est pour ça que parfois les agents demandent si l'activité de soignante me manque pas, je réponds non, car je prends soin de ce qui prennent soin. Quand je parle d'interdépendance, je parle d'interdisciplinaire, je suis convaincue de la nécessité de développer la notion d'Edgar Morin, car il y a beaucoup de corporations et de corporatisme qu'on va trouver dans une équipe de l'indifférence, de l'ignorance ; c'est grave car le parcours du patient, c'est élaborer avec chacun de manière directe ou indirecte.

Médecin praticien, (femme, 50-60ans, spécialité rééducateur)

(Nouvelle gouvernance, organisation en pôles)

J'ai un pôle qui n'est pas porteur... c'est le risque, le regroupement de services qui n'ont rien à voir les uns avec les autres, cela entraîne beaucoup de problèmes. Avant il y avait un projet de service qui était validé par la CME, on l'amenait à l'ARH, qui vérifiait la validation dans le SROSS, ça partait, c'était bien.

J'ai comme chef de pôle un pharmacien qui n'a aucune notion de mon métier, médecin rééducateur, je transmets au chef de pôle qui n'y comprend rien alors que c'est lui qui va transmettre au DG (Directeur Général). Les chefs de pôle ce sont ceux qui ont le plaisir d'être chefs, ils ne sont pas animés par le développement du service public... satisfaits d'être l'interlocuteur privilégié... on est bâillonné en quelque sorte. On est devenu rien, on a plus la parole en tant que chef de service. En tant que médecin rééducateur prestataire des autres services j'aurai du attendre les autres projets pour construire le mien et bien je n'ai pas pu le faire, je n'ai pas à aller voir les autres services, donc cloisonnement. On vit la perte d'exploitation de notre compétence. Les médecins sont à la recherche du pouvoir donc des pairs médicaux qui se disloquent. Le chef de pôle peut tuer une discipline non rentable qui correspond à un besoin mais que le médecin chef de service ne pourra défendre.

Moi comme médecin rééducateur, je n'ai plus de kinésithérapeute sous ma coupole, ils ont été attribués à un autre pôle... pour moi c'est un service qui crève, en tant que médecin je n'ai plus de crédibilité, il n'y a plus que les chefs de pôle qui comptent et qui peuvent favoriser leur propre service. Aujourd'hui j'ai aucune capacité pour dire, je n'ai plus besoin d'ergothérapeutes et psychomotriciens alors qu'il me manque des kinés et on va me dire que je n'ai plus d'activité kiné. C'est normal puisque je n'ai pas les professionnels nécessaires... incohérence totale entre professionnels alloués et l'activité. On nous demande de faire un projet en 6 lignes... plus d'intérêt pour une discipline donnée.

Il faut rattraper, avoir des chefs d'unité qui s'impliquent dans la structure hospitalière alors que le directeur engage directement des médecins, les intérimaires ne connaissent pas l'établissement, ils envoient les patients n'importe où. Quand j'étais chef de service j'avais un peu l'impression d'être chef de service dans une entreprise plus grande. La Nouvelle Gouvernance introduit des strates supplémentaires, on a plus accès aux cadres de proximité. Il y a une incohérence dans les missions, on dirait que personne ne communique au sein de la direction. On a plus de raison de se rencontrer entre unités de soins. En consultation je suis très impliquée en consultation extérieure pédiatrique, mais je ne suis pas sollicitée dans les projets pédiatriques. La mise en place des pôles a renforcé des cloisonnements et je pense que c'est déstructurant pour les équipes. Les services ne vont pas nous appeler en tant que service prestataire mais directement s'accaparer les kinés individuellement.

La direction générale n'est plus accessible pour le médecin de service. Le président de CME a été président parce que personne ne voulait l'être et il ne l'est que pour l'image, narcissique, pour les autres il y a eu refus car la charge d'activité du président de CME reste

identique en tant que médecin. Etre président de CME, c'est être amené à vivre des inimitiés. Un bon penseur, créateur, courageux qui sait se positionner a été sollicité par la direction mais a dit «je n'ai pas le courage d'affronter l'agressivité des chefs de service qui n'ayant pas la parole deviennent agressifs. Etre président de CME c'est presque un poste fantoche car les projets sont démontés par les syndicats.

Les directeurs n'ont plus qu'un souci, plaire à l'ARS et plus une offre de soins à défendre sur un territoire. La question c'est : quel argent tu ramènes. On va arrêter certaines tâches qui correspondent à des besoins, au nom de la rentabilité et les gens prennent cela comme une fatalité. Par exemple, je n'ai pas d'orthophoniste, le chef de pôle me demande prouve moi qu'il te faut un orthophoniste mais j'ai plus le temps de faire le chemin que j'aurai à faire pour porter la demande. (désinvestissement)

Des choses incroyables ! Dans le projet de service je fais un projet hôpital de jour avec le redéploiement des ressources humaines, cette logique-là, on pourrait penser que la loi porte ce projet, eh non, elle le tue. La finance oui, mais pas l'économie. L'articulation entre projet de service et projet d'établissement semble difficile voire impossible. Je n'ai pas d'interlocuteur. Je trouve stérilisant le système actuel... Avant quand je faisais un projet de service c'était des petites choses mais tout aboutissait. Peut-être, certainement, il y a trop de personnels qui ont des projets perso.

La loi fait qu'il y aura de moins en moins de médecins intéressés, puisqu'on ne peut plus être porteur de projets ce qui était justement attractif. Moi j'ai choisi l'hôpital parce que je pouvais être porteur de projets. (attractivité de l'hôpital pour le médecin) Les cartes sont faites pour que l'hôpital perde, les directeurs sont obnubilés par les finances, nous on défendait l'accès aux soins, aujourd'hui on défend un hôpital, s'il y a pas au niveau politique la volonté d'uniformiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Les ARS sont cloisonnées. Nous ont été les médecins d'un bassin de population on devient les médecins d'un hôpital déficitaire. On sabre les médecins.

La justice c'est l'offre de soins équitable. Je deviens presque communiste tellement c'est injuste. Au niveau régional l'équité ! ... Même le CHU de C. perd des compétences, on est dans la finance, le résultat, ce CHU décline, on a plus de médecins jeunes pour le bassin de population. Ici, il y a environ 120 médecins, 5 femmes sur 25 ou 30 chefs d'unités et 2 femmes sur 8 chefs de pôles. Il y a une méthode un peu brutale, les femmes n'ont pas la parole aisées. Les hommes qui sont restés à l'hôpital sont pour la plupart un peu « pathos » car pas capables de sortir de la maison mère. Je pense que les médecins hospitaliers devraient avoir un psychisme qui leurs permettrait d'être libéraux. Si l'hôpital meurt c'est à cause de l'arrogance et de la prétention médicale d'une certaine époque, avec des caprices, des j'ai envie... alors qu'il n'y avait pas de besoin. Aujourd'hui trop de contrôle et pas assez de créativité. Les médecins ne savent pas s'entendre entre eux... dans une espèce de rivalité, espèce d'égo. ..Quand on est médecin on s'affronte à une clientèle... Aujourd'hui plus de négociation possible. Dernièrement une lettre d'un chirurgien presque d'insulte ... avec un double transmis à ma cadre de santé et DRH. En tant que service prestataire pas de visibilité sur l'activité, pas d'outils qui nous permette d'être responsable. Les pôles se sont faits sur

des critères d'amitié et d'intérêts particuliers, ou volonté de séparer des gens et pas pour améliorer des fonctionnements...sur des sentiments plus que des critères objectifs par rapport à des périmètres de pôles...c'était pour plaire ou déplaire.

On devrait travailler sereinement, avant on faisait la preuve qu'il y avait un besoin et on était entendu, aujourd'hui, on n'est pas entendu... on revient toujours à la justice. Aujourd'hui c'est dit moi combien tu rapportes, donc mon métier va mourir avec la T2A, il ne rapporte pas, mais à l'échelle de la nation, qu'une personne âgée soit moins dépendante, la nation y a un intérêt et malheureusement les médecins s'alignent et deviennent de bons élèves.

Avant on était attendu dans notre discipline aujourd'hui on est viré, le cadre de santé va faire la sortie, on a été viré par nos propres pairs car on faisait durer les séjours, car on pensait que c'est dans tels centres qu'il devait aller...certains auraient pu finir leurs jours chez eux et ils se retrouvent en institution définitivement par manque de rééducation. Les médecins sont de bons élèves.

La T2A a perverti la mission du médecin hospitalier, ça a modifié leur schéma thérapeutique jusqu'à en oublier que c'est de l'humain, on parlait il y a 25 ans de l'humanisation des hôpitaux et aujourd'hui personne ne dénonce la déshumanisation. Les gens sortent et ils reviennent deux jours après mais je ne vais pas voir car il faudrait que cela puisse aboutir à quelque chose. Si je faisais cela, je serai la risée de tout le monde...C'est le DIM au niveau national qui devrait faire la preuve de cela. A l'échelle d'un service je ne peux pas. La T2A ne valorise que la technique... achat de fibroscope... le médecin est considéré comme un technicien. Il y a une incitation à trop d'examen quand ça rapporte donc ça perverti la fonction médicale.

– Entretiens complémentaires

DG CH P (homme, 45ans)

Situation de l'hôpital : crise ?

L'hôpital est-il en crise c'est une vraie question, se la poser c'est déjà y répondre. La situation n'est pas stable. Peut-on parler de crise, moi je suis hésitant, en le galvaudant oui, si rupture totale profonde pour partie oui pour partie non. Ce ressenti « crise » est lié à plusieurs aspects: attentes de plus en plus lourdes et fortes, les ressources illimitées d'autrefois ne sont plus. La courbe des exigences augmente, la courbe des moyens est dans une stabilisation de progression. Il y a une transformation sociale, 80% des personnes meurent à l'hôpital, la société se décharge...consommérisme... Les exigences réglementaires ne sont que les traductions des demandes sociétales : politique, exigence, sûreté, attentes colossales, répondre à ces attentes sans moyens supplémentaires. Les bouleversements organisationnels provoquent une perte de sens : la tarification à l'activité signifie-t-elle perte de service public, l'abandon des missions de l'exercice public à l'hôpital ? Il y a une attractivité différente pour les professions médicales, entre privé et public. Les facteurs peuvent favoriser un sentiment de crise, une transformation du regard par rapport au travail public du fait de la demande de traçabilité et d'efficacité. C'est mon diagnostic grossièrement exposé.

(Management) Il est indispensable de continuer à donner du sens à l'action, aux actions indispensables à l'hôpital. Il n'est pas scandaleux d'être dans une efficacité, les meilleurs soins au meilleur coût et pas l'inverse. C'est un univers entrepreneurial qui ferait perdre les valeurs, je crois à l'inverse le maintien des valeurs de système hospitalier qui passe par l'amélioration, l'optimisation de l'organisation à l'hôpital, modernisation de l'hôpital indispensable pour maintenir les valeurs. Un service public qui ne s'adapte pas est menacé. La position de management doit éclairer la mission. Dans l'esprit qu'on tente d'améliorer le fonctionnement c'est se mettre au service des valeurs. C'est important car l'institution est très complexe. On ne parle pas de l'hôpital d'il y a trente ans. Nos établissements sont devenus complexes par nature. On est dans un cadre de complexité de fait de l'hyperspécialisation. Pour réguler un univers complexe il faut un management fort. Un management fort c'est un management qui produit des effets, qui est légitime, qui produit de l'efficacité qui joue son rôle de régulation.

La régulation est permanente. Sur l'intra hospitalier par exemple la complexité de l'organisation de l'ambulatoire, comment faire en sorte de prendre en charge en moins de 24 heures, avec quelles articulations parfaites entre les différents actes, actions. Une coordination de fonction complexe qui hier n'était que coordonner. L'hôpital dans sa perméabilité avec l'extérieur est devenu un élément dans un réseau complexe, avec d'autres hôpitaux, des médecins libéraux...

On ne peut plus être sur une gestion administrative comme autrefois. Il y a les aspirations des individus qui rendent indispensables une approche managériale, aspirations individuelles au travail en équipe. Les 35 heures... du temps vu comme improductif a été supprimé, peut-être que notre système ne supporte plus cette valeur ajoutée de temps.

(Management évolutions ?) Ce qui se passe dans nos têtes, dans les représentations de tout un chacun des agents hospitaliers, l'hospitalier de base n'a pas d'appréciation globale, peu de gens perçoivent la complexité du système et donc peu intègrent la nécessité d'une approche managériale. Dans les têtes médicales, il y a un passage culturel qui est considéré comme acquis, alors qu'il ne l'est pas. Il n'y a pas de légitimité managériale du médecin. La question de la reconnaissance du rôle managérial, les médecins n'ont pas envie d'avoir un manager. Ils ne se vivent pas comme une partie de l'ensemble. Arriver à fonctionner avec des grandes règles dans lequel ils doivent trouver leur autonomie. Dans les têtes on doit changer la représentation de la fonction managériale, fonction de régulation dans une institution. Pour l'instant dans la grande majorité l'organisation en pôle reste sur le papier, ce n'est pas ancré. Combien sont vraiment dans une gestion décentralisée hors les CHU ?

Les chefs de pôle, quelle formation...une formation minimale, après c'est un art, des qualités intrinsèque de compréhension de l'environnement, du politique, du relationnel. Tous les acteurs doivent entrer dans cette culture du management, l'investissement managérial ce n'est pas se détourner, c'est la servir, expliquer le sens. Lorsque je fais un exposé en CTE des différents outils financiers et finalités, les outils ne sont pas une finalité, l'hôpital n'est pas une entreprise qui partage ses résultats.

Un hôpital : qui consomme mais pas plus que nécessaire, peut-être plus réduit qu'aujourd'hui, il y a une gradation dans le tissu hospitalier, entre CHU et hôpital de proximité, complémentarité, un réseau dense de complémentarité, la population peut accéder à la permanence des soins, accéder à tous les soins sans dépassement d'honoraires. Je ne crois pas à tout le monde il est pareil, que l'on reste sur le modèle des modèles bien différenciés. Pour moi ce n'est pas le même métier être directeur de clinique, moi je suis dans le service public. On ne peut pas rester dans du commercial et avoir des activités qu'on ne trouve plus dans le service public.

Dans un scénario catastrophe le système serait non régulé, style système américain. On est le pays d'Europe où il y a le plus de privé. La mission est intangible. Si le système est anarchique des compétences médicales vont aller vers le privé. L'attractivité pour l'hôpital des médecins : procurer des équipements, de l'intérêt en prise en charge par rapport aux pathologies, salaires, équipement les plus lourds réservés au public. Non régulation centrale mais aussi interne à l'hôpital, je préfère couler que évoluer.

Ces 10 dernières années, aptitude exceptionnelle à se transformer. Il n'y a pas de vraie rupture mais une évolution et montrer l'aptitude à évoluer, se transformer.

D.Adj. (homme, nouvellement en poste, expérience de DS)

Ici je ressens une grande synergie avec les responsables de pôle. Il y a six pôles, 5 cliniques et 1 administratif/technique.

La société n'est pas prête à abandonner son hôpital public. Les valeurs républicaines sont fortes. Le cœur de métier de l'hôpital, qui est de soigner, va rester public. Par contre, la logistique, l'administratif va devenir privé. Mais l'hôpital ne pourra plus rester isoler, son expertise des soins devra s'inscrire dans l'environnement. Le projet d'établissement devient symbolique, c'est le Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'ARH qui devient important aujourd'hui et avec l'ARS demain.

Les rapports de force sont inversés du fait de la démographie. C'est le recruté qui est roi, par exemple en cardiologie...il n'y a plus de cardiologues. Les choix sont faits à partir de critères de vie personnelle et familiale. Il nous faut jouer avec quatre éléments : l'effectif, les contraintes financières, la motivation et les compétences. Pour maintenir la motivation il faut que les gens aient des éléments loyaux d'explication des situations. L'absentéisme est un problème. Il y a des difficultés à remplacer, des hésitations à cause du coût. Nous sommes obligés de faire appel à une « boîte intérim » car nous n'avons pas assez de personnels.

La culture de l'institution ce sont des valeurs, il faut s'attacher à les véhiculer, fédérer autour de ces valeurs. Si tu n'as pas la valeur du respect du niveau de qualité et d'expertise du soin, tu ne restes pas dans le métier des soins. L'hôpital est un vecteur de croyance partagée, source d'humanisme. Je ne peux pas être dans un contexte de marchandisation.

Le compagnonnage a du sens à l'hôpital, tu gardes les professionnels s'ils ne se sentent pas considérer comme des pions, s'ils ont le sentiment d'être intégrés dans une équipe, ce ne peut pas être une somme de libéraux. La compétence s'acquière au sein d'un groupe et s'exprime pas la connaissance et le respect de la procédure. La compétence s'exprime par la connaissance et le respect de la procédure mais elle s'exprime au travers des valeurs personnelles et de l'adéquation entre ses propres valeurs et les valeurs de l'équipe. Le management, c'est comment à partir de ce référentiel d'équipe, cette philosophie des soins, créer les conditions, humaines et techniques, pour que chacun puisse exprimer au mieux les compétences individuelles et collectives. Les référentiels de compétences c'est l'écart entre ceux qui se font plaisir à penser avec un « e » et avec un « a » (penser/panser). Les acteurs ne comprennent pas le pourquoi de cette théorisation. Il faut trouver des moyens de formaliser les valeurs professionnelles de cet hôpital...mais on ne le verra pas comme un dossier à prioriser malheureusement.

CSS faisant fonction DS CH Bo. (Carrière en psychiatrie)

Pour moi l'évolution majeure à l'hôpital c'est l'évolution de l'hôpital entreprise. Je recrute des agents qui font un discours apocalyptique de l'hôpital avec la T2A. La T2A je ne suis pas pressée de la voir en psychiatrie et j'espère que je ne la verrai jamais. L'hôpital entreprise...dans les hôpitaux il y a eu un grand gâchis que le plan financier, il y avait des progrès à faire sur qu'est-ce qu'on dépense et comment cela va du personnel aux achats immobiliers. En psychiatrie le plateau technique c'est l'humain, c'est pour ça qu'on ne peut pas appliquer la T2A.

Mais on est clairement dans une compression budgétaire, on vient de nous demander de supprimer des postes. Des postes vacants et des services en baisse d'activité pour tenir le budget 2012 on nous demande de bloquer des postes vacants...pas sur des postes infirmiers. Nous ne sommes pas un hôpital en déficit. L'idée c'est de réfléchir avec les CSS de pôle sur des postes à l'occasion de départs. Y a-t-il des postes qu'on peut ne pas remplacer. Par exemple sur l'ambulatoire, par exemple hôpital de jour géronto, ce n'est plus la politique actuelle aujourd'hui, aujourd'hui l'objectif c'est hôpital de jour sans spécificité donc plus besoin d'AMP (auxiliaire médico psychologique), remplacer 2 AMP par 1 poste infirmier. La réflexion se fait avec la DRH, DSS et CS de pôle. Les partenaires sociaux ne seront pas d'accord ce qui est normal.

Autant l'encadrement supérieur est bien au fait de la dimension financière, même les cadres ne sont pas au fait du quotidien, par exemple le CS dès qu'il y a un absent, le CS est dans une demande de suppléance mais il est coincé entre le fait d'avoir à gérer plus difficilement, les agents vont moins facilement revenir, c'est toujours les mêmes qui vont revenir, c'est comme ça qu'on va retrouver des heures supplémentaires. Des cadres se trouvent malmenés par les équipes, sur d'autres endroits des agents trouvent que le cadre est trop présent, trop en train de contrôler...Aujourd'hui je trouve que c'est difficile d'être cadre, les cadres sont aussi plus fragiles. Ils sont pris dans un engrenage, ils ont des problèmes de positionnement, je ne sais pas s'ils sont suffisamment armés. Les agents vont facilement dire, je vais aller me plaindre au syndicat qui ira au Directeur. Ils sont parfois agressés alors ils doivent rester zen.

Je pense que ça se tend car il y a moins pléthore à tous les niveaux. Quand j'entends des collègues ailleurs, des effectifs ils en ont moins que nous.

A certains moments des agents qui viennent d'ailleurs trouvent qu'on se plaint facilement. Je pense qu'il est dans quelque chose de flou qui est de l'ordre de la reconnaissance de l'hôpital en général. Aujourd'hui les professionnels arrivent dans la formation ou dans la profession en voyant le fait de travailler de jour et de nuit comme une contrainte, comme si cet aspect du métier n'avait pas été bien appréhendé. Il va falloir aller vers une spécialisation en psychiatrie. Les jeunes professionnels, au niveau de l'expertise clinique, il y a des difficultés, l'équilibre entre jeunes et anciens professionnels est parfois inversé avec une majorité de jeunes. Le management à l'hôpital nécessite une connaissance du terrain, je pense qu'il faut une expertise du lieu où on est. Je trouve que pour faire avancer des équipes, il faut savoir de quoi on cause. Le cadre peut se sentir en difficulté s'il n'a pas une

reconnaissance de part de son métier d'origine, nécessaire de connaître la pratique de base. Pour le cadre de proximité une difficulté c'est de renvoyer du sens, pourquoi on fait ça, pourquoi on le fait comme ça. Derrière il y a quelle activité, on faire cette activité qu'est-ce qu'on a à mettre en place. J'ai l'impression qu'on radote un peu dans notre fonction parce qu'on a du turnover, on revient sur les mêmes bases, les mêmes choses pour essayer d'amener les personnes dans le même sens. Pour faire cela il faut une certaine stabilité des équipes, ramener à une certaine stabilité des équipes pour avancer. On voit par exemple que lorsqu'un cadre prend un poste après une vacance, il a le sentiment de tout avoir à faire, alors que son prédécesseur ne faisait pas rien !

On fait sans arrêt toujours les mêmes choses. L'instabilité s'est majorée à partir du moment où il y a eu des départs massifs, effet papy boum, ça a été l'occasion pour certaines personnes d'aller voir ailleurs si l'herbe était plus verte. J'ai l'impression que la durée de vie professionnelle d'infirmier diminue on papillonne plus. On ne voit plus des professionnels qui entrent avec une perspective de rester toute sa carrière dans le même hôpital, je pense que c'est la période de postes disponibles partout. Je vais voir ailleurs parce que ce je fais ne plaît pas... il y a des gens qui ne savent pas ce qu'ils veulent, beaucoup partent pour faire du libéral mais reviennent au bout de 3 mois, parce qu'ils n'avaient pas pris le temps de réflexion suffisant pour savoir si c'est cela qu'ils voulaient faire... c'est pas un déficit de vocation, mais on en revient quand même au même, à pourquoi on a choisi la profession d'infirmière. C'est un domaine où il y a de l'emploi, c'est une espèce de refuge parce qu'on sait qu'on va avoir du travail, mais ce n'est pas suffisant comme moteur. Cela peut être alimentaire. Sur les très jeunes professionnels, le fait d'être à un niveau licence, certains viennent là comme ils iraient dans n'importe quel cursus universitaire et ils abandonnent en cours de route en même temps médiatiquement ce n'est pas un métier valorisé, reconnu.

Développer le suivi individuel et individuellement de quoi ont-ils besoin pour s'inscrire dans un projet de service. Il faut aussi très bien connaître les individus qui composent une équipe et ne je sais pas si on fait bien ça. Je vois que le choix des référents ne se fait pas toujours sur une bonne connaissance des compétences...on va intéresser quelqu'un parce qu'on le sent pertinent. Il faut arriver à repérer ça pour chacun. Les impressions s'arrêtent à une attitude un comportement sans aller chercher derrière. Si l'on ne gratte pas un peu plus, on ne va pas les mettre sur des sujets qui pourraient être intéressants. Je pense qu'on est parfois sur quelque chose de superficiel.

Je pense qu'il y a les outils, mais il ne les prend pas forcément parce qu'il se fait bouffer par d'autres choses. Les entretiens sont superficiel, pas assez fouillés. C'est comme si pour certains ils avaient peurs d'être en vrai dialogue avec un agent. Cela veut dire qu'il y a un vrai travail, sans parcours, sans formation, sur quoi elle pourrait s'investir, je pense que certains ne prennent pas assez de temps. Je me dis dans une confrontation sur une situation de planning, c'est parfois je pense un prétexte pour entre en relation avec son cadre. Mais les cadres vous diront qu'ils ne prennent pas le temps, qu'ils sont débordés, mais peut-être que le rapport direct est plus difficile aujourd'hui, c'est le rapport à l'individu et à l'équipe, c'est souvent là-dessus qu'il est le plus difficile.

Aujourd'hui je ne sens pas le modèle managérial. On a des échanges inter individuels mais il n'y a pas au niveau institutionnel de temps ensemble. Ici j'ai juste le souvenir qu'on a fait uniquement une formation sur l'évaluation. Rien n'est fait pour cette culture-là dans son ensemble. Le projet managérial, tel que le propose le rapport de Chantal de Singly aurait pu être porté par l'ensemble des directions. La formation tout au long de la vie n'a pas été pensée dans notre institution. La priorité de la Direction Générale aujourd'hui c'est la paix sociale.

Management éthique, pour moi ça regroupe les valeurs humaines, le professionnalisme, l'équipe, la responsabilité, je ne pense pas qu'on puisse en faire une spécificité. C'est dissimulé dans plein de choses et dans tout, y compris l'éthique des soins. Je trouve que c'est difficile de dissocier en soi l'éthique. Parfois on a un discours morose et c'est un élément qui permet de prendre les choses par un autre moyen, c'est s'appuyer sur des choses positives sur ce qui est positif dans chacun.

The care, le souci de l'autre je pense que oui, j'y suis dans la gestion individuelle. J'ai l'habitude de recevoir des agents en demande de mobilité qui sont en souffrance. Il y a des situations à problèmes dans les services. Les cadres de proximité et les cadres supérieurs concernés décodent les situations mais ne parlent pas assez avec les agents, ils ne cherchent pas suffisamment à connaître la situation professionnelle, les compétences les faiblesses ou les situations personnelles difficiles.

Les cadres sont en difficultés, ils ont peur des se confronter aux individus. Quelquefois c'est lié à la jeunesse du cadre. C'est difficile d'affronter un groupe ou d'avoir un lien direct avec l'agent. Plusieurs situations dénoncées comme des situations de harcèlement étaient plutôt un manque d'écoute. Je n'ai pas toujours l'explication, est-ce qu'il y a une appréhension...car à certains moments il y a des agents qui déposent des choses personnelles.

Prendre soin de soi est nécessaire pour prendre soin de l'autre. Il y a beaucoup d'épuisement professionnel et on a du mal à s'en sortir. Prendre soin c'est un dosage de convivialité, comme savoir prendre le café avec l'équipe. Il y a une banalisation du harcèlement qui entraîne une peur d'aller vers l'autre. Il existe du faux harcèlement par exemple des agents qui disent que le cadre est trop présent dans le service, qu'il contrôle... Des agents qui arrivent en retard...c'est comme si on ne pouvait plus dire à son agent qu'il ne faut pas faire comme ils font...Cela a pris beaucoup d'ampleur. La place du cadre par rapport à l'équipe est à redéfinir. Retrouver la confiance. La confiance ne s'acquière, elle ne se décrète pas. La confiance est en lien avec la reconnaissance, montrer de la confiance pour que l'équipe soit elle-même en confiance.

DS CHU (femme, en fin de carrière, DS depuis 2000)

Ce que je trouve intéressant passionnant c'est tout ce qui est dans le champ des ressources humaines, tout ce qui a à faire évoluer dans le management, c'est être dans l'accompagnement. Mais, beaucoup de choses sont difficiles. Le plus difficile quand on est soignant d'origine c'est de n'avoir que des discours centrés sur des chiffres, des dépenses, des recettes. Je trouve que beaucoup trop d'acteurs ne sont centrés que sur la gestion économique. Dans les instances comme la CME ou la CSIRMT on ne devrait parler que des soins, on ne parle plus que gestion, depuis 2007, et, cela ne fait qu'augmenter.

Nous devrions être là pour apporter à la direction générale un regard sur les soins, sur les prises en charge, les organisations. Alerter des problématiques de soins, de prises en charges...cela semble impossible, on parle de patients qui rapportent...C'est un problème éthique, les soignants doivent être porteurs de valeurs. Ce qui n'est plus suffisamment explicite. Certains membres du corps médical ne voient le patient qu'à travers les recettes qu'ils peuvent apporter. Il faut se recentrer sur les notions éthiques de bénéfices risques. Il y a des faits récents d'interventions non justifiées. C'était le cas dans le privé, ça peut le devenir dans le public.

(Qu'est-ce qui faut mettre en place pour éviter ces dérives ?) Des axes de travail dans le projet médical et soignant où on replace le malade au centre. Il n'y a pas suffisamment de réflexion éthique, de questionnement... Ce qu'on pourrait faire de manière simple c'est recentrer les cadres de proximité sur les soins, de susciter la réflexion des soignants, de leur permettre d'interroger leurs pratiques. Saisir l'instant, au moment des transmissions par exemple... Dire on n'a pas le temps, c'est un faux problème, c'est un problème de priorités qu'on se donne.

Nous étions établissement pilote pour expérimenter le management de pôles. Les médecins prennent vraiment à bras le corps leur rôle de manager, pour la plupart sans formation. Le management est très personne dépendante. Les uns se centrent sur la prise en compte de l'aspect budgétaire, prennent le rôle « chef d'entreprise », d'autres savent concilier management santé et management financier. Je pense que certaines personnes ont un vrai don personnel pour entraîner une équipe. Ce sont des personnes qui s'intéressent aux autres qui aiment la relation, des personnes qui ont un leadership, un rayonnement... des personnes qui ont une sécurité intérieure, une confiance en soi et sont en capacité de donner aux autres l'envie de les suivre.

J'ai la chance de travailler avec un directeur profondément humaniste. Ses valeurs ? Le courage de penser tout seul, de dire à son équipe, d'exprimer ses désaccords... j'ai trop rencontré des personnes qui se réfugient derrière leur statut et les textes pour dire je ne suis pas responsable. L'optimisme, impulser de l'optimisme est aussi très important pour être leader.

Pour le futur l'adaptabilité est incontournable, pour un directeur des soins. Il doit aussi être en capacité de garder les liens avec les équipes soignantes, si ce lien n'existe plus le DS n'a plus de plus-value... ce qui ne veut pas dire en être leur porte-parole.

Le message que je voudrai donner c'est : adaptabilité et innovation, comment on peut imaginer les organisations différemment, un management différent. Il y a beaucoup de changements à vivre, donc cela nécessite de voir les opportunités et de ne pas se décourager.

Les personnes que l'on manage sont différentes, il faut développer un management intelligent qui s'adapte en fonction des personnes et des situations. Il y a des moments, quand la situation est tendue, il faut savoir passer du participatif à une reprise en main et pouvoir dire, maintenant c'est moi qui décide. J'ai oublié de parler de l'aptitude à se remettre en cause, c'est aussi très important.

Infirmière (femme, 32 ans, vient de faire le choix de quitter l'hôpital public, répond à des missions d'intérim)

En tant qu'infirmière forcément je suis là pour écouter, mais j'en ai marre de recueillir toutes ces doléances, j'en ai marre d'écouter cela, j'en ai marre du métier, être moins présente me fait du bien. Si on ne sait pas se positionner par rapport aux demandes... l'empathie c'est d'avoir une certaine objectivité... je ne sais pas s'il n'y aurait pas un travail à faire, comment l'empathie peut être un outil de protection. Cette fatigue peut être aussi à l'extérieur si tu ne peux pas de ressourcer...

Mon travail, à proprement parlé, il était multitâches dans une désorganisation du travail qui faisait que je ne savais pas qu'est-ce que je faisais qu'est-ce que je ne faisais pas : téléphone, médecins... Il y a des choses qui me tenaient à cœur et que je ne pouvais pas faire, il m'était impossible de me mettre au rythme que le patient souhaitait. J'étais toujours en train de me dire : tu n'as pas le temps, cela me mettait en colère, c'était frustrant. La frustration ce sont des choses importantes pour moi que je ne pouvais pas faire. La colère, c'était de voir que, que tu le veuilles ou pas on te demande de faire, tu n'as pas le choix, tu dois faire... il y a beaucoup de choses qui reposent sur soi et c'est toujours à moi de m'adapter. Je n'étais pas en accord avec certaines prises en charge, entre curatif et palliatif... il n'y a pas de cohésion d'équipe par rapport au projet du patient, pas d'échange. Le médecin apporte ses objectifs ses connaissances, moi ce que j'ai pu observer ce que j'ai vu avec la famille, on est souvent l'interlocuteur du malade, on devrait être dans la complémentarité, qu'il n'y ait pas de cloisonnements, qu'il y ait de la disponibilité. Je me sentais exécutante. Quand tu ne t'inscris pas dans une dynamique d'équipe cela peut être facteur d'usure. La présence et l'implication du médecin est importante, le donnant/donnant, c'est important.

L'équipe c'est le reflet du cadre. S'il est peu présent il n'y a pas d'harmonie dans l'équipe. S'il est un peu tyran rien ne se dit. S'il fait le lien entre le médical et le paramédical, on a le

sentiment qu'il ne nous soutient pas. Si tu ne vois jamais le cadre, tu sais qu'il n'y aura pas de rigueur et que cela sera chacun pour soi,

Le burn –out atteint surtout les bons professionnels. Les tâches que tu es en train de faire sont constamment interrompues.

Le bon cadre c'est une personne qui impulse une dynamique professionnelle, qui crée une cohésion dans les pratiques... qui explique si on fait ça c'est pour ça, il faut qu'on revoie cela parce que cela ne va pas... Il sait être médiateur, ne pas laisser monter la moutarde. Il tient le navire. Il est aussi humain et sait entendre les difficultés. Je ne suis pas sûre qu'il y ait de mauvaises équipes, je crois qu'il y a des équipes non comprises ou non organisées.

Médecin (femme, 35 ans, assure que des missions de remplacement de médecins généralistes, journaliste de presse scientifique, auteur du roman « Burn-out »)

A l'hôpital en tant que médecin on ne doit pas être fragile. C'est les plus consciencieux et investis au départ qui sont victimes du Burn-out. Dans le corps médical personne ne va dire qu'il ne va pas bien. Il y a la peur de ne pas correspondre à l'image attendue, peur de ne pas être à la hauteur. Le médecin ne doit pas dire, il doit taire qu'il n'est pas bien, qu'il n'y arrive pas. Passer l'épreuve, on est jugé sur la capacité à résister, faire 36 heures d'affilée... On perd la notion de ce qui est normal pour un être humain, lorsque je ne faisais pas 9h -18h je culpabilisais. Aux urgences à B. le médecin nous faisait comprendre que médecin c'est un boulot de mecs ; sur 40 médecins il y avait 5 ou 6 filles. Pour moi mon passage au service des urgences reste un traumatisme. Le milieu hospitalier, je ne voudrais pas, pour rien au monde, y revenir.

Je pense qu'à l'hôpital les médecins ne se parlent pas, en tant qu'interne j'avais l'impression que personne ne regardait ce que je faisais, les chefs on ne les voit jamais. Le médecin hospitalier c'est prestige et pouvoir, parce qu'il faut se battre pour avoir des postes. J'aurai aimé trouver une reconnaissance de ce qui est fait. Aujourd'hui Il n'y a qu'aux USA où ils prennent en compte le « care » le prendre soins des salariés.

A cause du numéris clausus à l'internat on était 3 fois moins nombreux, 3 ans d'internat, le temps d'être dégoûtée. Le Burn-out rend inhumain, on développe une animosité non liée aux personnes... une certaine exaspération, plus de dialogue possible, on n'est plus accessible. La direction générale je ne savais pas à quoi cela pouvait ressembler, très fantomatique

Dans notre promotion, pour $\frac{3}{4}$ nous étions des filles. De mes amies féminines de promotion une seule est devenue médecin généraliste, nous sommes la génération qui refuse de s'installer. J'aime ce que je fais mais je ne pourrais pas travailler à 100%. Je travaille deux semaines sur quatre, même si les semaines où je travaille je fais 55-60 heures, j'apprécie de rythme-là parce que c'est court dans le temps. La rédaction d'articles occupe $\frac{1}{3}$ de mon temps.

(Hôpital dans 15-20 ans qui fonctionne bien) Dans cet hôpital futur, le travail serait équilibré, les contacts plus faciles avec une plus grande proximité entre les chefs, on donnerait de l'importance aux dimensions de Christina Maslach : l'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel.

