

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Le développement durable à l'hôpital

*La place du cadre de santé dans la conduite du
changement culturel*

Wilfried BÉTOURNÉ

DCS@15-16

« L'improbable, l'inattendu est donc possible, la métamorphose est donc possible. La lutte n'est pas totalement désespérée. Mais l'espoir est le possible, ce n'est pas le certain. Lui donner certitude est une erreur totale. Comme le disait Héraclite : Si tu ne cherches pas l'inespéré, tu ne le trouveras pas. »

Edgar MORIN, Penser global, p85

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu mon directeur de mémoire, Yannick Moszyk qui a su trouver les mots justes pour m'encourager et qui par ses conseils m'a permis de cheminer.

Je tiens également à remercier Patrick Farnault, Morgane Le Gal et tous mes enseignants, pour leurs apports tout au long de l'année.

Bien sûr, je remercie les professionnels qui m'ont permis de les interroger sur leur travail et qui m'ont dévoilé leur conception de ce métier et leur regard sur le développement durable.

Je remercie aussi mes proches pour leur patience et plus largement l'ensemble des personnes qui m'ont apportées leur aide, leur soutien et leurs encouragements durant cette année.

Je remercie enfin mes camarades de promotion et les professionnels que j'ai rencontrés en stage cette année et qui ont aussi permis à ce travail d'exister.

SOMMAIRE

Introduction	4
1 Cadre contextuel.....	6
1.1 L'émergence du thème.....	6
1.2 Poser la question de départ et mener le travail exploratoire	7
1.3 Cheminement vers la problématique	12
2 Cadre conceptuel :	14
2.1 La notion de culture	14
2.1.1 Définitions.....	14
2.1.2 Le changement culturel, lorsque deux cultures se rencontrent. ..	15
2.1.3 La culture d'entreprise ou les cultures de l'entreprise.....	17
2.1.4 La culture du « soin », une sous-culture partagée par l'équipe soignante	18
2.2 Le développement durable, un concept émergent	20
2.2.1 L'entreprise face au développement durable : entre opérationnalité dans la politique qualité et rejet	25
2.2.2 L'hôpital et le développement durable, une contrainte à intégrer	27
2.3 L'équipe, l'unité de base à l'hôpital	30
2.3.1 Définition	30
2.3.2 Le groupe restreint, caractéristiques de ce concept sociologique	31
2.3.3 Le cadre de santé face à la conduite du changement culturel	33
3 Travail de recherche	38
3.1 Méthodologie	38
3.1.1 Choix du terrain, choix des personnes	39
3.1.2 Outil d'enquête	39
3.2 Analyse des données.....	41
3.2.1 Caractéristiques de la population	41
3.2.2 Synthèse des données recueillies	43

3.2.3	Des données recueillies en dehors des entretiens formels.....	55
3.2.4	Hypothèse de départ et résultats obtenus : convergences et divergences.....	58
3.3	Limites du travail.....	61
3.3.1	Limites théoriques.....	61
3.3.2	Limites en lien avec le recueil des données.....	62
	Conclusion	64
	Bibliographie	66
	Table des annexes	1

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Aide à la Performance
C2DS : Comité pour le développement durable en santé
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COP21 : Conférence des Parties (21^e éditions)
DCS 15-16 : Diplômants Cadre de Santé
DD : Développement Durable
FHF : Fédération Hospitalière de France
GES : Gaz à effet de serre
HAS : Haute Autorité en Santé
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises
UPEC : Université Paris Est Créteil

Introduction

Après 5 ans d'expérience en tant qu'infirmier, principalement dans le soin auprès des personnes âgées, j'ai intégré l'institut de formation des cadres de santé. Ce projet professionnel est le fruit d'une réflexion basée sur mon parcours et sur mes aspirations. Les compétences que j'ai été amené à acquérir, axées sur le relationnel et l'accompagnement de personnes âgées, ont suscité chez moi l'envie d'accompagner les professionnels de santé.

Cette année de travail et de réflexion m'a permis d'approfondir mes connaissances et compétences pour assurer pleinement mes futures fonctions de cadre de santé.

Le mémoire qui est demandé pour parachever cette formation, je le vis comme une occasion de réinvestir mon apprentissage autour d'un thème qui me pose question dans une perspective professionnelle en me positionnant comme cadre de santé.

En cette année post-COP 21, où l'impact de nos modes de vie sur la préservation des ressources pour les générations futures fait l'actualité, cela m'amène à repenser mon vécu professionnel en lien avec cette problématique. J'ai souvent été confronté à des situations en rapport avec ce thème qui m'ont interpellé. Ma manière de faire face, alors, a été de considérer qu'en milieu professionnel je n'avais pas à tenir compte de mes convictions. Il s'agit de garder des distances entre ce qui relève des convictions personnelles et ce qui relève du cadre professionnel strict.

Je pense pourtant qu'il est possible et même souhaitable d'intégrer à sa pratique professionnelle les valeurs qui ont de l'importance pour nous. J'ai eu envie de m'interroger sur cette idée.

J'ai donc choisi d'aborder le thème du développement durable en établissement de santé. J'ai décidé de partir d'un sujet qui m'intéresse pour montrer en quoi en tant que futur cadre de santé, grâce aux apports pédagogiques de l'année, je pourrais utiliser de façon pragmatique le développement durable comme outil de management.

Le développement durable est un concept assez récent défini en 1987 par le rapport Brundtland comme étant la prise en compte à l'échelle de la Terre des aspects économiques, sociaux et environnementaux sur le long terme. En

d'autres termes : « *répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.* »

Le développement durable est souvent présenté à l'hôpital comme une obligation et une nouvelle contrainte législative (obligation de réaliser un bilan carbone pour les entreprises, certification v2014 qui reprend des exigences développement durable déjà présente dans la v2010) alors qu'il pourrait s'agir plutôt d'une opportunité.

Il m'apparaît donc important de penser ce sujet de façon positive et la plus ouverte possible pour comprendre pourquoi l'opportunité peut parfois sembler une menace. La question qui se pose à moi est de savoir dans quelle mesure le cadre de santé peut accompagner positivement l'introduction de ce concept en milieu soignant.

Ainsi, ce travail est le fruit de mes recherches et de ma réflexion sur le sujet. Dans une première partie j'expliquerai, en lumière des situations professionnelles que j'ai vécues, pourquoi j'ai fait le choix de ce thème. J'expliquerai également le cheminement qui a été le mien pour aboutir à une question de recherche d'un mémoire cadre de santé.

Dans une seconde partie je poserai le cadre conceptuel qui m'aide à construire mon travail de recherche en explicitant la notion de culture dans toutes ses acceptions et bien sur la notion de développement durable et la manière dont elle s'intègre aux structures hospitalières. Je parlerai également de la notion d'équipe, de groupe restreint qui est l'unité de base d'un établissement de santé et la zone de travail du cadre de santé.

Enfin je vous présenterai mon travail de recherche et notamment les choix méthodologiques que j'ai fait en les explicitant, et en les critiquant, puis l'analyse que j'en fais au regard de la problématique posée et les conclusions que je peux en tirer.

1 Cadre contextuel

1.1 L'émergence du thème.

Lors de mes études d'infirmier à l'IFSI du CHU de Limoges, j'ai été amené à considérer le concept de développement durable dans un contexte professionnel. En effet, le CHS Esquirol où j'ai eu l'occasion de réaliser certains stages avait déjà intégré une démarche de développement durable à son fonctionnement. Cette expérience de ce qu'il est possible de faire en matière de développement durable m'a convaincu de la nécessité de cette démarche. Elle m'a également convaincu de son caractère tangible.

Pourtant, lorsque j'ai commencé à travailler comme infirmier en 2009 en région parisienne je me suis rendu compte que cette démarche n'était pas intégrée partout et que les comportements individuels allaient parfois à l'encontre d'une prise de conscience des enjeux environnementaux mais aussi économiques.

Ce sont des gestes simples du quotidien, éteindre la lumière derrière soi, ne pas laisser couler l'eau, trier ses déchets par exemple. Ces gestes que nous pratiquons tous plus ou moins chez nous mais qui ne sont pas intégrés à la pratique professionnelle.

Je n'ai jamais eu le sentiment que cette notion de durabilité était portée par l'institution où j'ai travaillé. Aucun groupe de travail sur le sujet n'était mis en place et cela ne faisait pas partie des priorités affichées. Le cadre législatif, j'y reviendrai, existe pourtant et est assez incitatif en la matière.

Je me suis rendu compte que la prise en compte des enjeux et notamment des enjeux environnementaux était bien comprise mais que, simplement, le cadre professionnel ne leur paraissait pas adapté pour ces gestes. C'est un peu comme si l'hôpital était pensé comme étant « hors sol ». Par cette expression j'entends que l'utilisation des ressources n'est pas prise en compte, c'est un peu comme si on considérait que pour l'hôpital et le soin en général les ressources disponibles tant économiques que sociales ou environnementales étaient infinies.

Or ce n'est pas le cas. L'encadrement répondait à mes interrogations en me disant que c'était à la direction de l'hôpital de s'occuper de l'organisation du recyclage et de l'incitation à moins consommer les ressources. Mais c'est une réponse qui ne me satisfaisait pas. Je considère que le fait de participer à l'effort collectif que représente le travail dans un établissement de santé donne le droit d'émettre son opinion et d'essayer de proposer des choses pour améliorer le

fonctionnement de la structure. Pour moi, s'impliquer dans son travail c'est aussi regarder au-delà des tâches à réaliser pour être force de proposition.

Il faut que je précise que j'ai travaillé ces quatre dernières années dans une structure fragile sur le plan financier. Nous étions en plan de retour à l'équilibre financier, plan qui s'est achevé au début de l'année 2015 par un déménagement dans un nouveau bâtiment, une restructuration de l'activité et un plan social.

Les cadres de proximité de mon service m'ont toujours expliqué qu'en période difficile sur le plan financier on ne se lance pas dans de nouveaux projets, a fortiori coûteux et accessoires, comme ceux du développement durable.

En intégrant l'IFCS, j'ai eu envie de reprendre ce questionnement, c'est pourquoi j'ai choisi comme thème : **Le développement durable en établissement de santé.**

1.2 Poser la question de départ et mener le travail exploratoire

En commençant à traiter ce sujet je pensais me retrouver face à un manque d'information concernant un concept finalement assez nouveau. C'est pourtant le contraire qui s'est produit. Je me suis retrouvé face à une multitude de supports (livres, articles, documents administratifs et juridiques) sur le sujet. Le risque a été grand alors de me perdre dans ce dédale.

Certaines informations collectées se sont révélées pertinentes par rapport à mon sujet, mais dans l'ensemble il s'agissait davantage de présentations de projets qui bien qu'encourageantes ne disaient rien du rôle du cadre de santé ou de son vécu face à ces projets innovants.

J'ai donc décidé de recentrer ma démarche vers l'aspect culturel du développement durable. Parce qu'en effet, prendre en compte les enjeux du développement durable, nécessite un changement de paradigme. Or qui dit changement de paradigme implique nécessairement un changement culturel. Dans un cadre professionnel le changement culturel se produit de façon individuelle d'abord mais aussi de façon collective via la culture d'entreprise. Les deux sont intimement liés. Une organisation n'existe que par et pour les individus qui la composent.

D'un sujet extrêmement vaste, le développement durable, je suis passé à un sujet déjà un peu plus circonscrit. La culture du développement durable, qui

implique un changement, en milieu soignant. En insistant sur l'idée de changement culturel, cela me permet d'inclure le cadre de santé dans ce travail de recherche.

Manager le changement est un des rôles les plus complexes du cadre. J'ai décidé d'en faire le cœur de mon travail de recherche par le média du développement durable. La spécificité de cette démarche est de se baser sur un projet porteur de sens, le développement durable, adossé sur des valeurs éthiques fortes dans un univers soignant lui-même riche de sens et de valeur.

Pour un cadre de santé, un changement culturel, comme tout changement quel que soit sa nature implique un risque accru en lien avec la résistance au changement. Le risque est la perte de motivation au travail, l'épuisement professionnel et l'apparition des risques psycho-sociaux.

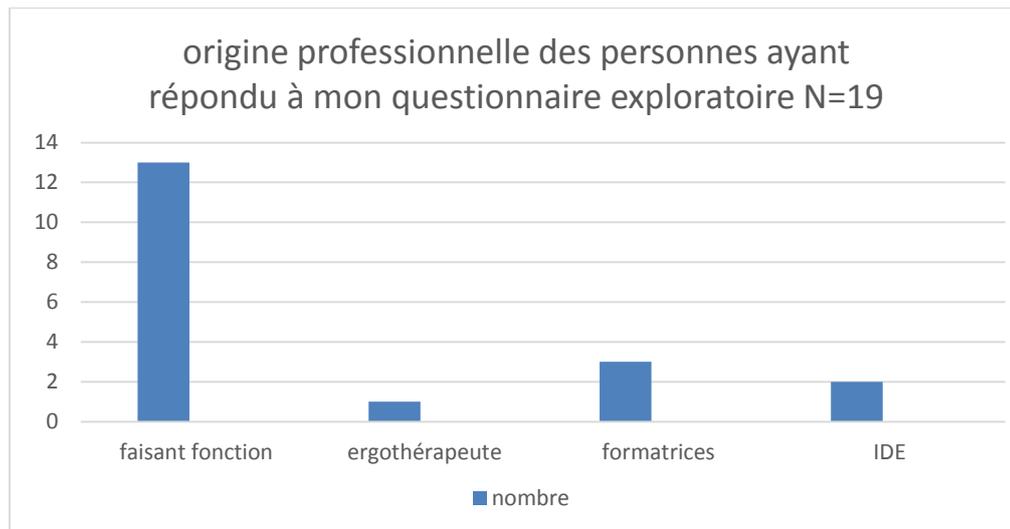
Avant de me lancer dans le travail de recherches proprement dit j'ai eu envie de mieux comprendre quel était le niveau de connaissance du sujet de la part des cadres de santé. Quel est leur niveau de connaissance du concept de développement durable d'une part et leur connaissance de la culture portée par leur établissement d'origine.

J'ai, pour ce faire, élaboré un questionnaire¹ que j'ai fait circuler dans la promotion DCS15-16. Mon idée étant que mes collègues de formation présentaient une diversité d'origine et de parcours suffisante pour me permettre de disposer d'un échantillon assez représentatif.

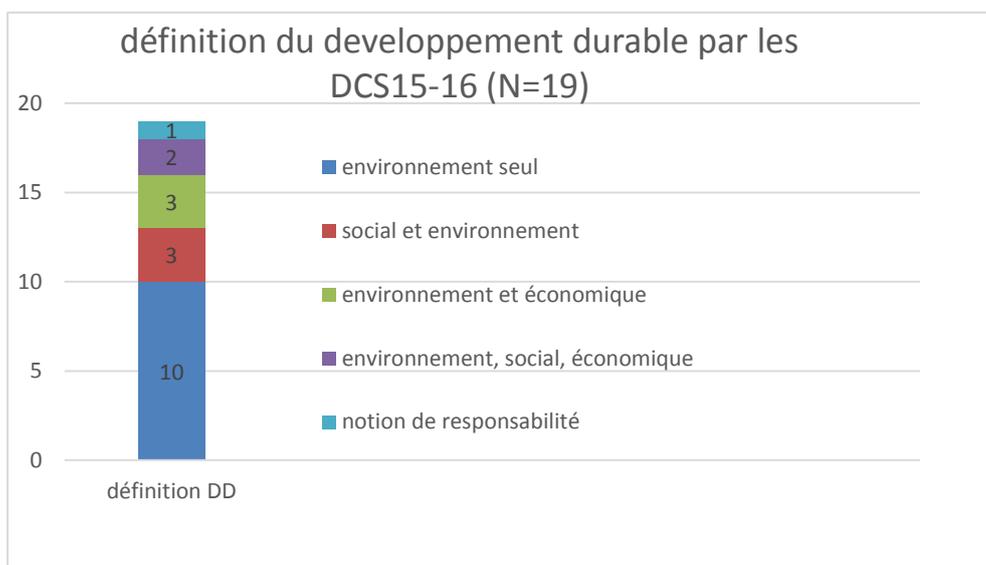
Sur 34 étudiants cadres de santé j'ai obtenu 19 réponses. Cela me donne un taux de réponse de 56%.

Cet échantillon est composé de 13 personnes faisant fonction de cadre, 1 ergothérapeute, 3 formatrices IFSI ou IFAS et 2 infirmières

¹ Cf annexe numéro I



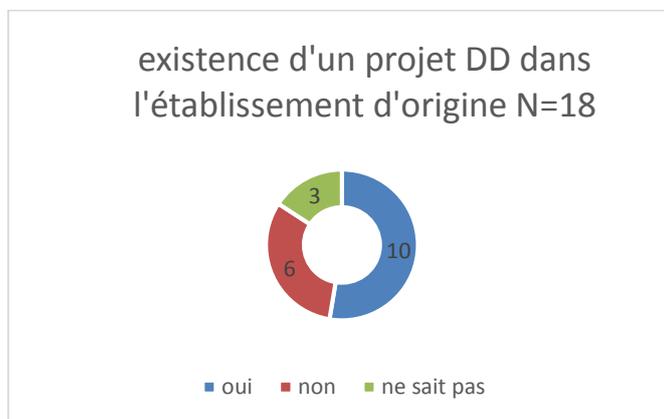
La première question posée était : « comment définiriez-vous le développement durable ? »



Si l'aspect environnemental du développement durable est systématiquement cité, les autres dimensions ne le sont que plus rarement. Les notions de parties prenantes, de prise en compte des générations futures et de la communication sont également citées mais de façon anecdotique.

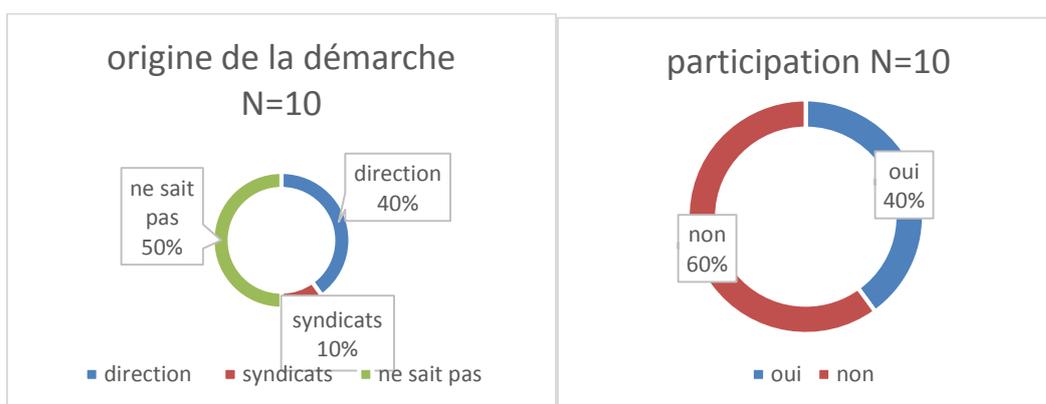
Cela démontre que le concept reste largement peu connu et compris de la part des cadres de santé. Ce sont les anciens formateurs et IDE qui ont donnés les définitions les plus complètes du concept.

La deuxième question posée visait à identifier de futures personnes ressources pour la suite de mon travail. Mais au regard des résultats à la première question j'ai dû abandonner l'idée. La question était : Votre établissement a-t-il mis en place une démarche/projet développement durable ? »



55% des personnes interrogées ont connaissance d'un projet de développement durable au sein de leur structure d'origine. Pourtant comme nous avons pu le constater dans la question de départ, le concept reste assez peu connu dans sa globalité. L'une des personnes n'a pas répondu à cette question.

La troisième question posée visait à savoir qui était à l'origine de la démarche pour les 10 personnes qui avaient répondu oui à la question 2. « Si oui, y avez-vous participé, qui en est à l'origine ? »

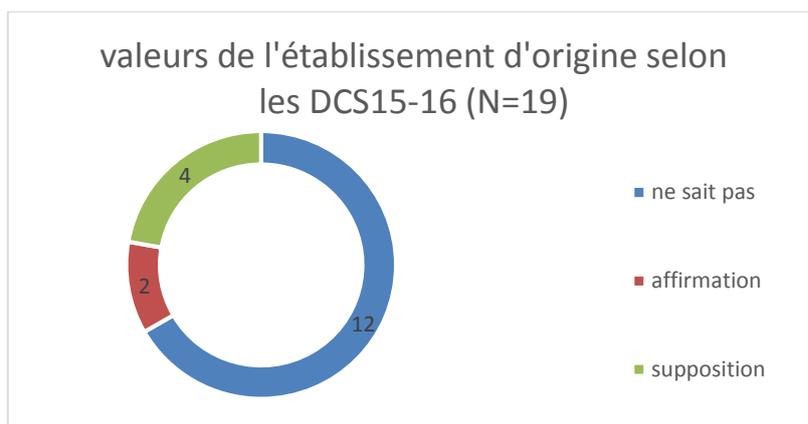


On constate ici la faible participation des cadres à une démarche institutionnelle, venue de la direction. On constate aussi un déficit de communication en interne

qui fait que les cadres ne sont pas informés de l'origine d'un projet et ne se sentent pas ou peu concernés à l'idée d'y participer.

La quatrième question posée portait sur les valeurs de l'établissement. « Comment définiriez-vous la culture d'établissement ? Quelles sont les valeurs portées par votre établissement d'origine ? »

Je voulais dans la perspective de mon mémoire savoir si des cadres de santé avaient facilement identifié les valeurs défendues par leur établissement et si ces valeurs ne se situaient pas trop loin de celles du développement durable.



J'ai été assez surpris ici par le nombre de réponse « je ne sais pas » (13 sur 19). J'ai même obtenu une réponse me disant « si il y en a elles ne se voient pas » ce qui dénote d'une perte de confiance dans la structure d'origine assez étonnante (et inquiétante). Les quelques réponses que j'ai obtenues portaient soit sur des valeurs professionnelles assez classiques (« respect de l'autre », « soutien dans la maladie, accompagnement, service »), soit sur l'aspect économique (rentabilité à tout prix : « faire des profits » « réduire le déficit »). C'est un réel sujet de stupéfaction pour moi.

Les retours sur ce questionnaire m'ont permis de dresser plusieurs constats. Tout d'abord le développement durable reste relativement mal connu de la majorité des cadres de santé en devenir.

Ensuite, quand la démarche existe, ce qui semble être le cas dans plus de la moitié des établissements, l'origine de cette démarche est principalement la direction de l'établissement. Il s'agit donc d'un projet que l'on peut qualifier de « top-down ».

Enfin, les valeurs de l'établissement d'origine sont relativement peu connues. Lorsqu'il s'agit de valeurs proches des valeurs soignantes, je peux toutefois considérer intuitivement qu'il y a une certaine ressemblance avec celles portées par le développement durable.

1.3 Cheminement vers la problématique

Après cet apport exploratoire, j'ai poursuivi mon cheminement pour aboutir à une problématique.

Je me suis tout d'abord demandé si je n'étais pas dans l'erreur en considérant le cadre comme un vecteur du développement durable en établissement de santé. Face à une démarche venue « d'en haut » et qui concerne davantage les services techniques d'une structure hospitalière le cadre est-il légitime à parler de développement durable ?

En restant pragmatique, les opérationnels dans un hôpital ce sont les soignants. Ce sont eux qui effectuent la majeure partie du travail, en tout cas le cœur du travail. Ce sont eux qui composent la majeure partie de l'effectif. Ce sont eux enfin, qui contribuent pour une large part au rayonnement de la structure. Les exclure d'une démarche de projet qui les concerne au premier chef ne m'apparaît donc pas opportun.

Le cadre de santé est un maillon important dans la chaîne hiérarchique, qui joue un rôle d'interface et de diffusion. Il est donc aussi concerné par le développement durable. Il est légitime, c'est en tout cas mon présupposé, à en parler, à suivre ce projet et à en assurer la diffusion auprès de son équipe.

L'analyse de mon questionnaire me montre que l'aspect environnemental du développement durable est bien compris par les soignants et l'encadrement. Sans doute s'agit-il d'un point sur lequel s'appuyer pour une conduite de projet. Les questionnements, à ce point, sont nombreux :

Comment le cadre de santé peut-il parvenir à mobiliser son équipe autour d'un tel projet ? Comment peut-il faire naître du sens entre la pratique et l'éthique, entre l'impératif légal et l'impératif moral ? Quelles stratégies peut-il adopter ?

Je voulais comprendre de quelle façon le cadre de santé peut jouer les équilibristes entre les exigences parfois contraires qui sont les siennes. Je souhaiterais analyser comment intégrer le facteur humain à une conduite de projets

porteurs de sens pour identifier de quels outils le cadre de santé dispose pour assumer son rôle de vecteur de changement.

La nécessité de créer du sens s'impose aussi à moi au décours de mes explorations. La notion de « soin » qui nous accompagne au quotidien est porteuse de valeurs de prise en considération de l'autre, de respect de sa différence et spécificité et d'aide. Mon questionnaire exploratoire m'a fait prendre conscience que ces valeurs personnelles intégrées de par notre appartenance professionnelle ne sont pas perçues comme des valeurs institutionnelles dans beaucoup de nos hôpitaux.

L'intérêt majeur de ce questionnaire est qu'il m'a permis de me rendre compte que le concept de développement durable est largement méconnu des encadrants, ils n'identifient pas d'applications concrètes.

Ceci me pousse à aller à la rencontre de ceux qui au travers d'un projet institutionnel mettent en application le concept.

Finalement **la problématique** qui sera la mienne dans ce travail sera la suivante :

Comment le cadre de santé s'y prend-il pour impulser une culture du développement durable au sein de l'équipe qu'il encadre, en d'autres termes, comment mène-t-il une culture du changement et une acculturation?

L'hypothèse de recherche à laquelle je souhaite répondre à l'issue de mon travail est la suivante :

Le cadre de santé, en tant que manager de proximité, a une légitimité dans l'accompagnement des changements. Par ses savoirs, ses postures et ses compétences, il amène l'équipe qu'il encadre à intégrer la culture du développement durable dans son travail au quotidien.

2 Cadre conceptuel :

Pour ce travail de recherches théoriques je vais dans un premier temps traiter de cette idée de culture afin d'en apporter une définition et d'en mesurer les applications dans le domaine de la santé. Je traiterai ensuite du développement durable comme concept-clé. Enfin je terminerai par la question de l'équipe soignante et le management.

2.1 La notion de culture

2.1.1 Définitions

La culture n'est pas un concept aisé à décrire car il est lui aussi poly sémantique et parfois associé ou substitué à celui de civilisation ou d'identité.

Pour le Larousse, la culture est

- *« l'Enrichissement de l'esprit par des exercices intellectuels.*
- *Connaissances dans un domaine particulier : Elle a une vaste culture médicale.*
- *Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation : La culture occidentale.*
- *Dans un groupe social, ensemble de signes caractéristiques du comportement de quelqu'un (langage, gestes, vêtements, etc.) qui le différencient de quelqu'un appartenant à une autre couche sociale que lui : Culture bourgeoise, ouvrière.*
- *Ensemble de traditions technologiques et artistiques caractérisant tel ou tel stade de la préhistoire. »*

Les définitions qui m'intéressent pour ce travail sont celles qui reprennent l'idée de phénomènes idéologiques et de caractéristiques du comportement qui impliquent une différenciation.

Étymologiquement ce mot vient du latin « cultura » qui signifie culture agricole. Il est donc étrange que de l'agriculture on soit passé à l'esprit humain individuel et collectif. Il s'agit toutefois d'une image intéressante, la culture est liée à l'appartenance (à la terre) et se travaille pour croître et prospérer.

Pour les sciences sociales l'usage du terme s'est répandu à partir du 19^e siècle. C'est Edward BURNETT TYLOR qui définit le concept scientifique de culture de la sorte :

« Culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend **la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme** en tant que membre de la société »

Il s'agit donc de tout ce qui constitue la particularité d'un membre d'une société (comparativement à une autre).

Franz BOAS, s'il ne propose pas de définition autre que celle d'E BURNETT TYLOR, est le premier à introduire l'idée de différence culturelle comme explication fondamentale de la différence entre les groupes humains. Il récuse également l'idée d'une comparaison des cultures sur une échelle de valeurs ou de développement.

La recherche des culturalistes a abouti à considérer que la culture ne se limite pas à un assemblage disparate de traits culturels mais à un **tout organisé de traits interdépendants**.

Une autre caractéristique de la culture est son caractère **dynamique**. Elle évolue constamment. Ce sont les sociologues de l'école de Chicago qui en étudiant les contacts entre les groupes de cultures différentes aux États Unis pendant le 20^e siècle ont théorisé cette caractéristique.

2.1.2 Le changement culturel, lorsque deux cultures se rencontrent.

Je souhaite m'intéresser ici au concept d'acculturation, autre héritage de la sociologie américaine. Jean Melville HERSKOVITS définit ce concept comme « *l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact continu et direct ou discontinu entre des individus ou des groupes de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels originaux de l'un ou des deux groupes* »

Il définit en outre 5 formes d'acculturation en fonction de la nature du contact entre les cultures :

- acceptation par tolérance sélective
- isolement défensif dans un contexte d'identité forte et de méfiance
- la résistance en cas d'antagonisme puissant
- l'ethnocide en cas de déséquilibre et d'éradication d'une des cultures
- métissage, miscégénéation, tropicalisme, transculturalité s'il y a réciprocity des échanges.

En France c'est Roger BASTIDE qui est le père de cette théorie, il publie en 1971 « anthropologie appliquée » dans lequel il reprend le terme d'acculturation. Il développe en outre un certain nombre d'idées intéressantes sur le contact culturel. Il dit que plus la forme est éloignée de la culture receveuse plus le transfert est difficile, que les éléments transférés doivent avoir une signification en accord avec la culture receveuse. Il nous dit aussi que les éléments matériels sont plus aisément transférables que les éléments symboliques ou idéologiques. Il nous dit aussi que l'acculturation est un processus dynamique.

Il propose une typologie de l'acculturation selon 3 critères :

- Critère général (politique) avec 3 situations types (spontanée et libre, organisée mais forcée, planifiée et contrôlée)
- critère culturel en fonction de l'homogénéité ou hétérogénéité des cultures en présence
- critère social (ouverture ou fermeture des sociétés en lien avec la différenciation sociale et le degré d'individualisme)

Le contact entre des cultures peut entraîner un phénomène de **syncrétisme**. Ce terme vient du grec ancien et désignait *le front uni* des cités. Les cités Grecques étaient indépendantes les unes des autres et ne s'associaient dans un « front uni » que face à un ennemi extérieur (généralement l'empire Perse d'abord, Romain ensuite). Il est ensuite apparu dans le domaine religieux où il désignait la fusion de tendances opposées (catholiques protestants par exemple).

Le mot a été repris progressivement dans les sciences sociales et en anthropologie. Denys CUCHE² le définit comme « la production d'un ensemble totalement nouveau, à la façon d'une réaction chimique qui produit un corps composé différent des corps constituants. »

En d'autres termes il s'agit d'une construction nouvelle et originale à partir d'éléments anciens.

² Denys Cuche « la notion de culture dans les sciences sociales » collection grands repères mars 2010
Pp72-73

Roger BASTIDE³ en a dressé une typologie également en se basant sur ses travaux sur les populations métisses du Brésil.

Le **syncrétisme** s'oppose à l'assimilation. Pour caractériser le degré de syncrétisme ou d'assimilation d'une culture dans un sous-groupe il faut s'intéresser aux conditions sociales du contact.

2.1.3 La culture d'entreprise ou les cultures de l'entreprise

La culture en entreprise d'un point de vue anthropologique ou sociologique ne relève pas de la définition qu'en donnent les managers et dirigeants d'entreprise.

La transposition de l'idée de culture au monde de l'entreprise date des années 1970 aux États Unis et des années 1980 en France. Dans un contexte de crise économique il s'agissait pour les managers de remobiliser leurs salariés face à la concurrence internationale et notamment japonaise.

La culture se définissait alors pour eux comme une forme de « prescription » organisationnelle à laquelle les salariés devaient se soumettre. Il s'agissait donc d'imposer des canons de management pour en faire une norme interne bien établie.

Or la culture d'entreprise n'existe que dans un environnement qui l'influence grandement. Dès 1963, Michel CROZIER a démontré qu'il existait un modèle culturel français dans les entreprises. C'est parce qu'elle est présente dans une société qui dispose d'une certaine culture que **l'entreprise se trouve influencée par ce fond culturel commun diffus.**

En 1989 les travaux D'IRIBARNE⁴ ont mis en évidence à l'aide d'études comparatives sur des entreprises de même nature qu'il existait des différences culturelles entre elles en fonction du pays dans lequel elles s'installaient.

Pour les sociologues et notamment Renaud SAINSAULIEU en 1971, Il existe 4 types de schémas comportementaux dans une entreprise qui dépendent des catégories socio-professionnelles. Il les qualifie de cultures :

- Culture des OS et des travailleurs non qualifiés (relations fusionnelles, collectif comme refuge)

³ Roger BASTIDE, « Mémoire collective et sociologie du bricolage » L'Année sociologique, vol. 21, 1970, pp. 65-108

⁴ Philippe d'Iribarne « la logique de l'honneur, gestion des entreprises et traditions nationales » éditions du seuil 1989

- Culture des ouvriers professionnels (acceptation des différences, négociations)
- Culture des cadres autodidactes et techniciens (relation par affinités sélectives, méfiance)
- Culture des ouvriers déqualifiés migrants (retrait et dépendance)

Comme on le voit **il n’y a pas de modèle culturel unique dans une entreprise**, il n’y a pas non plus de modèle pur. Un salarié n’est pas de telle ou telle culture, il emprunte des traits à plusieurs sous-cultures. Chaque salarié adopte un comportement influencé par son appartenance culturelle et socio-professionnelle. Ce comportement est plus ou moins prononcé en fonction des conditions locales.

Philippe BERNOUX, en étudiant en 1981 les comportements d’appropriation a montré que même en situation de travail aliénante le salarié dispose toujours de la capacité à s’approprier son outil de travail, son cadre de travail et son rapport à celui-ci pour en donner du sens pour lui et vis-à-vis de son groupe d’appartenance.

Denys CUCHE⁵ quant à lui nous indique qu’il est difficile de caractériser la culture d’une entreprise sans étudier au préalable l’ensemble des micro-cultures qui la composent. Pour lui il ne s’agit pas d’une « émanation de la gestion », il n’y a pas de culture d’entreprise qui puisse être imposée de manière autoritaire mais si elle existe elle se construit par les interactions complexes entre les groupes.

2.1.4 La culture du « soin », une sous-culture partagée par l’équipe soignante

Au sein d’une structure hospitalière cette idée de sous-cultures nombreuses et éclatées fait sens si je me réfère au travail d’Ivan SAINSAULIEU⁶. Il décrit un sentiment d’appartenance lié à l’unité de soin et au type de soins qui y sont

⁵ Denys Cuhe « la notion de culture dans les sciences sociales » collection grands repères mars 2010

⁶ Ivan SAINSAULIEU in « sociologie du travail » Elsevier janvier-mars 2006 pp 72-87 « les appartenances collectives à l’hôpital »

pratiqués ainsi qu'au regard que porte la société au travail dans un service donné.

Néanmoins la question se pose de savoir si au-delà des différences locales une culture globale partagée par les soignants émerge. L'auteur répond en partie à cette question en parlant de la culture du soin structurée autour de valeurs qu'il qualifie de « philanthropiques ». Ce sentiment d'appartenance à la communauté du soin est d'autant plus grand que la responsabilité face à un patient dépendant est grande.

Définir ce que recouvre le terme de soin, ou de care pour employer un anglicisme à la mode, est sans doute une bonne approche pour mieux appréhender ce concept. Joan TRONTO le définit de la sorte : « *activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde" de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible, (...) notre monde c'est à la fois les corps, les personnes, l'environnement* »⁷

Je trouve cette définition intéressante parce qu'elle généralise l'idée de soin à l'ensemble de ce qui nous entoure et tend donc à la globalité. Elle sort de l'étroite définition du soin dans le rapport à l'autre. Ce qui est intéressant dans cette définition c'est aussi que les aspects concrets du « care » sont entremêlés avec les valeurs qui les sous-tendent.

Sur le plan des valeurs, l'éthique du care se caractérise par son respect de la différence et de la diversité, le respect de la spécificité individuelle. Elle insiste sur l'impératif de prendre soin des personnes vulnérables mais en opposition avec la morale rationnelle d'inspiration kantienne. L'éthique du care est une éthique de la sensibilité et de l'émotion.⁸ Au-delà de cela il s'agit d'une éthique qui se fonde sur des principes d'égalité et de justice.

Pour en revenir au livre de Joan TRONTO, la culture du care qu'elle y évoque est décrite comme une culture dominée. Elle en veut pour preuve que ce sont en général des femmes (ou des métiers très féminisés comme les infirmières ou aide-soignante) qui en sont les dépositaires, ainsi que les minorités ethniques. Autant de groupes culturels qui dans nos sociétés sont généralement considérés

⁷ Joan Tronto, 2009 [1993], *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte p143

⁸ Fabienne Brugère, « Pour une théorie générale du « care » », *La Vie des idées*, 8 mai 2009. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>

comme étant des groupes dominés. Il s'agit selon elle du symptôme d'une dévalorisation de cette culture.

La réalité sociologique de ce constat est indéniable en France même si je suis davantage partagé que l'auteur sur la domination de cette sous-culture.

La question qui se pose maintenant est de savoir si le développement durable peut être considéré comme une culture à proprement parler. Pour ce faire il convient tout d'abord de décrire ce concept et d'en retracer l'origine et les applications concrètes.

2.2 Le développement durable, un concept émergent

L'analyse sémantique me semble le premier pas pour comprendre de quoi il s'agit.

Le concept de développement durable est issu de la combinaison de deux termes que je vais tout d'abord succinctement définir séparément avant de m'intéresser à la notion recouverte par leur association.

Le **développement** est un terme poly-sémantique, qui dans chaque domaine où il est employé revêt une acception particulière, dont la définition du dictionnaire⁹ est la suivante : « *fait de grandir, de croître, de se développer, croissance* » mais aussi « *prendre de l'importance, essor, expansion* » c'est aussi « *l'exposé détaillé d'un sujet* »

Dans le domaine de l'économie il s'agit d'une « *amélioration qualitative et durable d'une économie et de son fonctionnement.* »

L'idée d'expansion harmonieuse se dégage donc de ce mot avec dans le domaine économique la notion de durabilité également. Pourtant c'est également un terme qui suscite le débat car il porterait en lui, à cause des dérives induites par le terme expansion compris comme une croissance infinie et illimitée, une idée de supériorité de l'homme sur la Nature et un refus de considérer les limites de celle-ci.

⁹ Larousse 2007

Durable se définit comme « *de nature à durer longtemps, qui présente une certaine stabilité, une certaine résistance* »

Il y a donc une idée de temporalité et de solidité qui se dégage de ce terme.

L'association de ces 2 mots pour forger le concept qui nous intéresse est relativement récente. Elle date d'il y a moins de 30 ans, en 1987 plus précisément dans un rapport de l'ONU intitulé « Our common future » réalisé sous l'égide de Me Gro Harlem BRUNDTLAND¹⁰. La définition du « sustainable development » apportée alors était la suivante : « **répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.** »

Ce concept s'est imposé comme une réponse, la seule réponse possible, face aux défis environnementaux et aux risques sociaux que connaît et risque de connaître la communauté internationale face à une croissance économique inégalitaire et ne tenant pas compte des externalités négatives.

Certes, l'idée de se préoccuper de l'utilisation des ressources n'était pas nouvelle et s'inscrit dans un continuum qui court depuis le Moyen Age (protection des forêts) jusqu'à ce rapport de 1987 et le sommet de la Terre qui a suivi à Rio en 1992.

Je pense également à la prise de conscience écologique des années 60/70 et au rapport « the Limits to growth » les limites de la croissance du club de Rome de 1972 notamment.

Mais la dénomination du concept date de 1987. La traduction du terme anglais « sustainable » par durable a d'abord soulevé quelques contestations mais la dénomination « développement durable » s'est imposée.

Élisabeth LAVILLE nous dit que cette dénomination est plus parlante aux entrepreneurs et chefs d'entreprise car l'objectif qu'il vise y est clairement exprimé : faire durer ce qu'ils construisent. ¹¹

¹⁰http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/sites/odyssee-developpement-durable/files/5/rapport_brundtland.pdf consulté le 30/12/2015

¹¹ Elisabeth Laville « l'entreprise Verte » pp 15-60 le poids des mots le choc des idéaux

Ce concept est généralement représenté par ce schéma qui reprend les 3 piliers du développement qui doivent être associés pour assurer sa durabilité, le **social**, l'**économique** et l'**environnemental**.

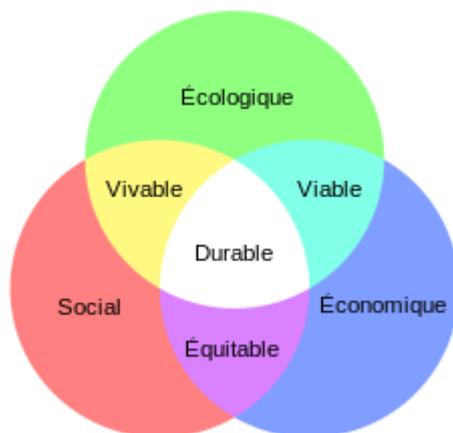


Schéma du développement durable. Ce schéma a été présenté et diffusé par A. Villain (Géologue), en 1993, lors d'une réunion sur le développement durable à la communauté urbaine de Lille, l'idée originale semble venir d'un bureau d'étude nommé Re-source

Il y a une mise en tension qui existe entre ces 3 piliers et tendre vers l'un se fait généralement au détriment des 2 autres. Il y a une notion d'équilibre à trouver qui apparaît dans le concept de développement durable.

L'idée est que pour rendre le développement harmonieux et dégager des bénéfices durables il convient de tenir compte de ces différents aspects. Après tout, une entreprise respectueuse de l'environnement, à l'écoute de ses partenaires en interne comme en externe dispose des outils pour assurer son développement économique.

L'agenda 21 ¹²a été élaboré lors de la Conférence de RIO en 1992, c'est un engagement des états (adopté par 173 chefs d'états), une feuille de route pour tendre à l'opérationnalité de cette idée lors du 21e siècle. Cet agenda 21 est repris en France dans la loi, il s'agit d'une obligation pour les collectivités locales depuis 1999 (loi Voynet).

¹² <http://www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/action0.htm> consulté le 8 janvier 2016

Une autre représentation du concept en triptyque est également possible en partant cette fois de 3 perspectives fondamentales. **L'espace** (environnement et économie), **le temps** (responsabilité sociale et poids des générations futures), **la démocratie** (transparence, citoyenneté, recherche du consensus). Je la trouve intéressante dans la perspective de mon mémoire et parce qu'elle me semble plus appropriée au monde de l'entreprise.

L'idée de responsabilité face aux générations futures s'inscrit dans un courant de l'éthique portée par le philosophe allemand Hans JONAS. Sa pensée consiste à opposer une éthique ancestrale fondée sur la relation interpersonnelle de l'homme dans la cité à une éthique technologique qui oppose l'homme en tant qu'espèce à ses limites et à son impact sur la Nature (pp311-314). Il a posé les fondements du principe de précaution car pour lui la recherche technologique doit considérer les dommages qu'elle est susceptible de causer dans le futur. Il y a une responsabilité morale dans les actes du présent s'ils entraînent un impact négatif sur les générations futures. Or aujourd'hui la technique est susceptible de nous annihiler en tant qu'espèce vivante. Il y a donc nécessité de repenser le bien commun et la collectivité face au progrès et à rebours de l'individualisme.

« Si donc la nature inédite de notre agir réclame une éthique de la responsabilité à long terme, commensurable à la portée de notre pouvoir, alors elle réclame également au nom même de cette responsabilité un nouveau type d'humilité – non pas une humilité de la petitesse, comme celle d'autrefois, mais l'humilité qu'exige la grandeur excessive de notre pouvoir de faire sur notre pouvoir de prévoir et sur notre pouvoir d'évaluer et de juger. » p 58¹³

Le principe de précaution, inscrit depuis 2005 dans le préambule de la constitution via la charte de l'environnement, est souvent présenté comme la traduction légale de cette éthique de la responsabilité.

¹³ Hans Jonas « le principe responsabilité »

Repenser l'architecture morale d'une société humaine rejoint le courant utopiste qui depuis Thomas MORE et avant rêve de l'idéal qui ne se peut trouver.¹⁴

Le danger de présenter le développement durable comme une utopie est que cela revient à considérer qu'il s'agit d'un idéal inatteignable. Néanmoins, je considère que l'existence d'un idéal est nécessaire à la mise en mouvement des sociétés.

Le développement durable porte en lui, je l'ai dit, une perspective démocratique qui rejoint la réflexion éthique sur la responsabilité. Fabrice FLIPO en 2005 critiquait le rapport du développement durable à la démocratie tout en lui reconnaissant des apports certains.¹⁵

« Le développement durable a jusqu'ici permis un véritable renouveau démocratique : gouvernance, démocratie participative, démocratie locale, reconnaissance des droits autochtones, expertise citoyenne, etc. On ne compte plus les innovations procédurales permises par ce concept depuis son arrivée sur la scène internationale dans les années quatre-vingt. »

L'auteur nous parle également des limites du développement économique seul qui conduit à un échec du réductionnisme technique et scientifique. Autrement dit à force de ne pas observer les liens d'interdépendances qui existent, voire de les nier, nous allons droit dans le mur. Cela me fait penser à Edgar MORIN qui également critique la pensée réductionniste et nous invite à considérer la **globalité**.¹⁶

Parmi les apports du développement durable se retrouve également la participation des **parties prenantes** à l'élaboration de la décision qui contribue à cette notion de démocratie. Cela revient à considérer que tous les groupes qui sont affectés par l'activité ou qui l'affectent eux-mêmes sont en droit de donner leur avis sur celle-ci. La démocratie participative consiste finalement à une implication des parties prenantes dans la prise de décision.

¹⁴ Les Utopies recueil sous la direction d'Éric Letonturier, CNRS éditions (les essentiels d'hermès) p 149-165 (Anne Marie Drouin Hans), pp165-180 (Éric Dacheux)

¹⁵ <http://www.cairn.info/revue-du-mauss-2005-2-page-294.htm>

¹⁶ Edgar Morin « Penser Global » éditions Robert Laffont 2015

Les valeurs sur lesquelles se fonde le développement durable relèvent donc de la réflexion utopiste et éthique mais prend la forme d'une application concrète, dans le réel.

Après tout, parmi les mythes fondateurs du développement durable l'histoire du colibri¹⁷ est souvent citée en exemple (par Pierre RABBHI notamment). La morale de l'histoire est que chacun doit faire sa part, ni plus ni moins.

2.2.1 L'entreprise face au développement durable : entre opérationnalité dans la politique qualité et rejet

Se lancer dans une démarche de développement durable peut être vue de plusieurs manières par les entreprises qui s'y essayent. Il peut s'agir d'une opportunité (amélioration de l'image, réalisation d'économies, meilleur climat social, croissance économique solide et durable..) mais aussi d'une menace car imposée de l'extérieur par les contraintes légales et sociétales.

Les entreprises mettent en œuvre ce développement durable par le biais de leurs démarches qualité. Il existe différentes normes et labels qui insistent sur le développement durable. De façon générale le concept de responsabilité sociale des entreprises est mis en avant.

En 2011 la commission européenne a défini la RSE ou **responsabilité sociale des entreprises** comme la « responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société ». Ces effets sont de trois ordres, sociaux, économiques et environnementaux. Il s'agit donc de la traduction concrète dans le monde de l'entreprise du concept de développement durable.

Une autre définition souvent citée est celle de la norme ISO 26000 :

« Responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement transparent et éthique qui :

- *contribue au développement durable y compris à la santé et au bien-être de la société*
- *prend en compte les attentes des parties prenantes*
- *respecte les lois en vigueur et est compatible avec les normes internationales*

¹⁷ Cf. Annexe V

- *est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations »*

Comme on peut le voir cette notion est très axée sur la définition de valeurs structurantes pour l'entreprise (transparence, respect, éthique...). Éric LAMARQUE¹⁸ insiste sur l'importance de la définition de ces valeurs et sur l'impact important qu'elles ont sur la stratégie d'entreprise et sur la gouvernance.

Je trouve intéressant que les valeurs de l'entreprise soient considérées comme l'un des vecteurs du développement durable. Ma recherche exploratoire a montré que le travail sur les valeurs pourrait être repensé dans les structures hospitalières.

Une typologie de la réaction des entreprises face à l'intégration du développement durable au sein de leur organisation a été réalisée par Annelise MATHIEU et Richard SOPARNOT¹⁹. Elle décrit trois types de réactions :

- L'attentiste, où l'entreprise ne respecte pas les normes légales et considère avec méfiance le développement durable.
- L'adaptatif ou conformiste, où l'entreprise ne va pas au-delà des exigences réglementaires et ne modifie pas en profondeur son organisation préférant maintenir le « business as usual » comme objectif. La majorité des entreprises se trouvent dans cette catégorie.
- Le proactif ou écosensible où l'entreprise va au-delà du cadre législatif et de la contrainte et tient compte de l'ensemble des parties prenantes pour en modifier également le comportement. La stratégie est pensée sur le long terme au-delà des profits immédiats en tenant compte des externalités négatives.

Pour synthétiser le rapport de l'entreprise au développement durable et les règles managériales et valeurs qui doivent se mettre en œuvre voici un extrait d'un texte d'Alexandre ASSELINEAU et Pierre PIRE-LECHALARD :

¹⁸ Éric LAMARQUE, « L'influence des valeurs liées à la RSE sur la gouvernance des firmes : le cas des banques mutualistes » in Le développement durable, théories et applications au management pp 69-81 éditions Dunod 2010

¹⁹ Annelise MATHIEU et Richard SOPARNOT « Les stratégies de développement durable » in Le développement durable, théories et applications au management pp115-126 éditions Dunod 2010

« En résumé, les règles managériales du développement durable seraient : la temporalité (d'une génération à l'autre), l'action collective (recherche d'une richesse quantitative et qualitative collective), l'espace (« penser global, gérer local »), le respect des lois, l'implication philanthropique, la responsabilité sociale, la performance économique, la gouvernance éthique des parties prenantes et l'intégrité de l'environnement. Autant de règles qui agissent comme contraintes fortes imposées, mais peuvent être transformées en opportunités par les organisations qui sont amenées à des innovations non conventionnelles. »²⁰

L'hôpital en tant qu'entreprise n'est pas en reste, bien que l'on puisse considérer que les positions attentistes et conformistes dominant largement dans le rapport de l'hôpital au développement durable.

2.2.2 L'hôpital et le développement durable, une contrainte à intégrer

Dans le domaine de la santé il existe un certain nombre d'applications de ce concept de développement durable. Le site de l'HAS en présente quelques-unes en guise d'exemples²¹.

Dans le cadre du **grenelle de l'environnement en 2009**, une convention cadre a été signée entre le ministère de l'écologie, celui de la santé et la FHF et la FEHAP²². Cet accord comporte une série d'engagements sur la base du volontariat en faveur du développement durable.

Dans son préambule ce texte comporte dès sa première phrase : « *Engagés dans une mission de soins, les professionnels de santé se réfèrent à des valeurs qui sont proches de celles véhiculées par le Développement Durable.* » une mise en parallèle entre d'un côté les valeurs du soin et celle du développement durable.

Sur le site de la FHF on trouve également une mention de la démarche de RSE appliquée aux établissements de santé qui met également en avant les similitudes entre les valeurs portées par ces structures et celles de la RSE :²³

²⁰ Asselineau Alexandre, Piré-Lechalard Pierre, « Le développement durable : une voie de rupture stratégique ?. », *Management & Avenir* 6/2009 (n° 26) , p. 280-299
URL: www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-6-page-280.htm.

DOI : [10.3917/mav.026.0280](https://doi.org/10.3917/mav.026.0280).

²¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_916964/fr/des-initiatives-dans-le-champ-hospitalier consulté le 10/01/16

²² <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/convention-3.pdf>

²³ <http://www.fhf.fr/Developpement-durable/Documents-de-referance/RSE-La-responsabilite-sociale-pour-les-nuls> consulté le 01/03/2016

« En effet, le concept de RSE recouvre les valeurs défendues par les établissements publics de santé et médicosociaux que sont l'humanisme, l'accessibilité, la solidarité, l'universalité et l'égalité. »

Je trouve cette analogie intéressante car, par ailleurs, elle va dans le sens de mon intuition de départ sur les ressemblances entre valeurs du soin et valeurs du développement durable.

L'HAS propose également un certain nombre d'outils pour les établissements qui souhaitent se lancer dans cette démarche :

- le baromètre du développement durable²⁴
- l'outil IDD santé²⁵
- la certification HQE
- les normes ISO 14001²⁶ et 26000
- l'agenda 21²⁷
- l'ANAP²⁸

Il y a donc une opérationnalité de ce concept déjà présente dans les établissements de santé

La certification des établissements de santé a intégré dans sa version 2010 la thématique du développement durable. Sur son site internet l'HAS dit que la politique de qualité et de gestion des risques des établissements de santé a pour vocation de prendre en compte les 3 piliers du développement durable.

Pour la V2014 on retrouve ceci dans la présentation de l'outil de certification :

*« L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement s'est doté de règles lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions. Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, **intégrant un engagement dans le développement durable** et dans une*

²⁴ <http://www.santedurable.fr/outils/le-barometre/>

²⁵ <http://www.c2ds.eu/>

²⁶ <http://www.iso14001.fr/>

²⁷ <http://www.agenda21france.org/>

²⁸ <http://www.anap.fr/outils/moteur-de-recherche/moteur-de-recherche/resultats/?q=developpement+durable&id=164&L=0>

démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises. »

Je peux aussi présenter quelques aspects du contexte législatif en France allant dans le sens d'une contrainte en faveur du développement durable :

- Lancement d'un référentiel HQE pour les établissements de santé en 2008
- Signature en 2009 par les fédérations hospitalières avec l'ADEME et les ministères en charge du développement durable et de la santé d'une convention dans le cadre du Grenelle de l'environnement ;
- Incitation à intégrer le développement durable dans les projets immobiliers via le Plan Hôpital 2012 ;
- Dispositions de la loi portant engagement national pour l'environnement dite Loi Grenelle 2 (Bilan carbone, constructions BBC)
- Application des quotas de CO2
- Intégration du développement durable dans le manuel de certification V2010.

L'État français s'est également engagé sur :

- Le recyclage des déchets ;
- L'application du principe « pollueur -payeur » ;
- La limitation des déplacements motorisés en ville ;
- La préservation de sites remarquables pour leur biodiversité

Il est complexe de décrire le cadre législatif en rapport avec ce concept. En effet il s'agit d'un droit éclaté et dont on retrouve des avatars dans l'ensemble de la législation. Ce que je peux dire c'est que les engagements internationaux de la France, auprès des nations unies et auprès de l'union européenne (directives), en font un droit conventionnaire. Il existe différentes traductions en droit interne. On le retrouve dans la charte de l'environnement dans le préambule de la constitution, dans les lois grenelle 1 et 2, dans les lois sur l'énergie, sur l'eau, sur la démocratie interne etc. et dans un certain nombre de décrets.

L'Hôpital public est donc incité de par le contexte législatif et à cause de son impact environnemental, humain et économique important sur la société à faire sa part du travail dans les grands engagements de l'État. L'hôpital représente en termes de consommation d'eau et d'énergie un poids considérable. Les transports qu'il induit représentent une quantité importante de gaz à effet de serres (La France s'est engagée à réduire de 40% (par rapport au niveau de 1990) ses émissions de GES à l'horizon 2020 lors de la COP 21 en décembre 2015) dans le cadre de la Loi dites de Transition énergétique.

Mais en dehors de l'impact de la législation et de la certification il est difficile de considérer l'hôpital au sens large comme proactif en la matière. **Le développement durable semble être subi et contraint dans la très grande majorité des établissements de santé.**

Je vais maintenant m'intéresser plus finement à ce qui constitue le travail du cadre de santé, l'accompagnement des équipes soignantes.

2.3 L'équipe, l'unité de base à l'hôpital

Pour mieux appréhender le rôle du cadre de santé je vais dans un premier temps définir ce que recouvrent cette notion d'équipe et la traduction sociologique de ce concept. Je me centrerai ensuite davantage sur la manière dont le cadre de santé peut accompagner le changement culturel induit par le développement durable auprès de cette équipe.

2.3.1 Définition

Le Larousse définit le terme d'équipe de la façon suivante :

- « Ensemble de personnes travaillant à une même tâche : Équipe de collaborateurs.
- Ensemble des ouvriers se succédant sur un même poste de travail.
- Ensemble des ouvriers qui, à divers postes, travaillent pendant une même période de temps : (Équipe de nuit.)
- Ensemble des joueurs associés ou du même camp pour participer à une compétition, à un match.
- Familier. Groupe de personnes unies par des activités, des intérêts communs : Une fine équipe.

- *Formation de quelques soldats coopérant étroitement à l'accomplissement d'une mission.*
- *Le plus petit élément d'une unité d'infanterie chargé d'une mission de combat. »*

Il y a donc l'idée qu'il est nécessaire de constituer un ensemble pour former une équipe et aboutir à un objectif commun. Le terme revêt toutefois plusieurs acceptions possibles en fonction du contexte dans lequel il s'emploie. Plutôt que le terme équipe, le concept utilisé en sociologie est celui de **groupe**.

Kurt LEWIN a étudié dans les années 50 les comportements de changements d'habitude auprès de ménagères américaines et a théorisé l'idée qu'il existerait une dynamique de groupe permettant de favoriser le changement des habitudes.

Harold J LEAVITT a classifié 5 catégories de groupes humains en fonction de leur taille :

- La foule
- La bande
- Le groupement
- Le groupement primaire ou groupe restreint
- L'organisation

Une équipe de travail au sein d'un hôpital correspond à la catégorie de groupe restreint.

2.3.2 Le groupe restreint, caractéristiques de ce concept sociologique

Didier ANZIEU et Jean Yves MARTIN²⁹ ont théorisés une dynamique des groupes restreints qui postule d'une part que le groupe est l'échelon approprié pour le changement. C'est dans le groupe que le changement se constitue ou que la résistance à celui-ci s'y opère.

Ils estiment que les sociétés considèrent de ce fait le groupe à la fois comme une chance mais aussi comme une menace. Cette idée est intéressante à l'échelle d'une organisation soignante parce qu'elle peut signifier que l'équipe

²⁹ D. Anzieu et J.-Y. Martin, *La Dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 1994

ou le groupe de travail en traitant le thème du développement durable peuvent contribuer à impulser cette démarche de changement innovant.

Pour eux, le groupe restreint se caractérise par des échanges interpersonnels nombreux, une interdépendance et la poursuite d'un objectif commun. Il y existe une solidarité forte. Des rites et des pratiques particulières s'y développent caractérisant une ébauche de sous-culture commune.

Simone Landry définit le groupe restreint par une série de caractéristiques ³⁰:

- *« Présence d'une visée commune*
- *Petit nombre de membre (de 3 à 23)*
- *Durée allant de plusieurs heures à plusieurs années*
- *Existence d'une frontière entre le groupe et son environnement*
- *Coprésence et interaction immédiate entre les membres*
- *Interdépendance des membres*
- *Structuration de l'organisation et de la division du travail, du réseau des relations affectives, de la structure du pouvoir.*
- *Émergence d'une culture groupale (différenciation des rôles et émergence de normes liées à la division du travail, aux relations affectives et à la structure du pouvoir, émergence de croyance, de rites, d'un langage symbolique propre au groupe)*
- *Interaction soutenues, concrètes et symbolique entre le groupe et son environnement. »*

Dans cette liste exhaustive, à mon sens, des caractéristiques du groupe restreint **la notion d'émergence d'une sous-culture revêt de l'importance dans le cadre de mon travail ainsi que l'idée d'interaction avec l'environnement.**

L'équipe pluridisciplinaire à l'hôpital qui présente l'ensemble de ces caractéristiques est donc bien un groupe restreint.

Le cadre de santé ; qui a la fonction d'accompagner ce groupe restreint est donc en position de contribuer à la réussite ou à l'échec du changement. Pour ce faire il doit assumer le leadership dans ce groupe.

³⁰ Simone LANDRY, *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints, le modèle des 3 zones dynamiques*, 2007 p43

En assumant le leadership dans le groupe restreint dont il a la charge, l'équipe soignante, le cadre de santé peut donc être en mesure de piloter le changement induit par le développement durable et le faire intégrer à la culture commune.

Je vais maintenant succinctement décrire les grandes missions du cadre de santé telles que décrites sur les différentes fiches métier disponibles et dans la littérature professionnelle. Et essayer de caractériser le type de management qu'implique une démarche de développement durable.

2.3.3 Le cadre de santé face à la conduite du changement culturel

Tout d'abord il convient de s'intéresser aux rôles du cadre. Le métier de cadre est particulièrement difficile à décrire puisque constitué de différentes séquences courtes. Ce travail est considéré par les sociologues comme étant un travail invisible, dont les cadres eux-mêmes n'ont pas toujours conscience.

Henry Mintzberg, offre une description du métier de cadre qui est je trouve intéressante parce qu'elle est tout à fait en mesure de s'appliquer au cadre de santé. Il y décrit 10 rôles du cadre, transposables dans l'ensemble de ses secteurs d'exercice.

Ces 10 rôles sont :

- Des rôles d'observateur actif, de diffuseur d'information et de porte-parole : qui représentent les rôles liés à l'information.
- Des rôles de symbole, leader et agent de liaison, liés aux contacts interpersonnels
- Des rôles d'entrepreneur, de répartiteur de ressources, de régulateur et de négociateur en lien avec la prise de décision.

Finalement il en ressort 3 grandes compétences pour le cadre, des compétences communicationnelles, relationnelles et décisionnaires.

Paule BOURRET, elle, a décrit plus spécifiquement le travail du cadre de santé. Sa description reprend les grandes caractéristiques déjà identifiées chez d'autres types de cadre du secteur tertiaire et de l'industrie. Elle insiste particulièrement sur la capacité du cadre de santé à créer du lien entre les personnes de son équipe, de sa structure et de l'extérieur.

Sur les différentes fiches métiers que j'ai pu consulter, on retrouve un descriptif des différentes missions que le cadre de santé est amené à assumer :

- Élaboration et réalisation d'un projet paramédical
- Organisation des actes de soins et paramédicaux, gestion, coordination et planification de l'activité
- Animation et encadrement des équipes
- Contrôle et évaluation des activités du service
- Formation et transfert des compétences
- Coordination des activités avec les autres services –
- Visite des patients et relations avec les familles

Ces différentes missions s'organisent entre elles aussi autour des rôles du cadre décrits par MINTZBERG. Il y a des missions en lien avec la communication (coordination), avec les liens interpersonnels et des missions plus stratégiques.

Dans la perspective du changement culturel induit par le développement durable je peux considérer que ce sont les missions en lien à la fois avec la communication, la formation et l'animation des équipes qui ont de l'importance. Conduire des projets et assurer la coordination et l'interface avec le « milieu extérieur également.

Sur le site internet de l'APEC³¹ je trouve la description du métier assortie d'un listing des compétences et qualités nécessaires pour ce poste :

- *« Bonne connaissance de l'environnement général, de l'organisation hospitalière et du cadre d'intervention.*
- *Compétences en management et en animation d'équipes, en communication interne.*
- *Connaissances en droit du travail.*
- *Compétences en organisation et gestion des ressources humaines, gestion matérielle et logistique nécessaires aux besoins du service.*

³¹ <http://annuaire-metiers.cadres.apec.fr/metier/sante---social/cadre-de-sante-chef-de-service-paramedical#sthash.8HYzw2DR.dpuf> consulté le 5 mars 2016

- *Connaissance des procédures et protocoles de soins et paramédicaux (par exemple, recommandations de la Haute autorité de santé, manuel d'accréditation, Charte du patient hospitalisé).*
- *Compétences techniques (expertise dans les actes de soins ou paramédicaux) et connaissance des équipements et technologies spécifiques (rééducation, imagerie, etc.).*
- *Savoir-faire technique dans des domaines tels que l'hygiène, l'assurance qualité, la vigilance. »*

Des qualités en lien :

- *« Capacité à animer une équipe.*
- *Avoir le sens des responsabilités. Savoir déléguer.*
- *Capacité d'écoute, de compréhension, d'argumentation.*
- *Empathie (capacité à se mettre à la place du patient pour mieux comprendre et ressentir sa réalité de malade).*
- *Savoir gérer les conflits (au sein de l'équipe ou du service, mais aussi entre spécialités ou équipes voisines).*
- *Faire preuve de diplomatie dans les relations avec le corps médical et les équipes de direction ».*

Au travers de ce descriptif (une liste à la Prévert), je fais le constat que l'on retrouve deux injonctions qui peuvent sembler contradictoires. D'un côté des « valeurs » qui ressemblent aux valeurs humanistes, philanthropiques qui sont celles du soin et de l'autre des « valeurs » en lien avec la gestion et le management.

Walter HESBEEN considère que le métier de cadre de santé est un métier qui se pense dans la proximité et au cœur des soins. Il considère que le cadre, qui est issu de cette culture soignante, doit continuer à être un soignant, non pas directement pour les patients mais pour son équipe.

Au-delà de cela, la réalité sur le terrain est plus contrastée. Le cadre de santé est pensé aujourd'hui comme un manager au service de l'efficacité.

La question se pose de savoir si le soin et la recherche d'efficacité sont compatibles. Quel type de management permet de concilier les deux ?

Il existe une multitude de modèles de management, mais je vais parler succinctement du management durable. En effet ce type de management emprunte ses codes au développement durable.

J'ai trouvé cette définition sur le site du comité 21 :

« Il est tentant de remplacer le concept de Management Durable par le concept de RSE. Dans la littérature nous rencontrons d'ailleurs le concept de RSE quasi systématiquement. Nous différencions les deux concepts dans cette étude en définissant le Management Durable comme un levier de la RSE qui permet d'an-crer une culture de performance durable dans les comportements managé-riaux. »³²

Cette définition a le mérite de montrer que pour diffuser la culture durable dans une structure hospitalière un type de management particulier est nécessaires. Néanmoins elle ne me satisfait pas parce qu'elle ne montre pas ses caractéris-tiques. Je vais donc proposer une définition personnelle.

Il consiste en une gestion respectueuse des individus et de leur singularité. Le management durable est un management participatif qui vise à recueillir l'avis de tous pour tendre vers le consensus. Il est démocratique et transparent.

Le management durable ne considère pas que les cycles courts et la gestion de l'imprévu mais s'intéresse aussi (et surtout) au long terme. Il le fait par exemple par une gestion des compétences et des carrières.

Pour moi, ce type de management permet de faire la synthèse entre exigence d'efficience et valeurs soignantes.

En résumé le cadre conceptuel que je choisis me permet d'avancer que puisque la culture est constituée de croyances et d'idées qui influencent les comportements et les pratiques, le développement durable peut être considéré comme une forme de culture car il s'appuie sur une série de valeurs et une certaine vision du monde pour viser à modifier les com-portements.

L'hôpital, en tant qu'entreprise humaine, est composé de plusieurs groupes restreints qui disposent chacun d'une sous-culture qui lui est propre. L'équipe soignante dans une unité de soin est un groupe res-treint dont la « culture » particulière s'appuie sur les valeurs du soin.

³² <http://www.comite21.org/docs/economie/rse/cleveor-rh-et-dd-2012.pdf> consulté le 21 mars 2016

Introduire de façon institutionnelle le développement durable revient à mettre en contact cette culture avec celle du soin.

Le cadre de santé est le témoin de ce phénomène d'acculturation. Il n'est pas qu'un spectateur passif mais par ses missions un acteur de ce changement.

Confrontons ce travail de conception au vécu des acteurs de ce changement culturel dans les unités de soins.

3 Travail de recherche

Le travail de recherche de terrain nécessite de définir en premier lieu une méthodologie de façon à garantir une précision et une fiabilité aux données collectées. J'ai également circonscrit mes terrains d'enquête et ciblé une population précise. Enfin j'ai analysé³³ les données collectées pour tenter d'en faire émerger des éléments significatifs et de confronter ma pensée et mes recherches théoriques aux réalités empiriques.

3.1 Méthodologie

J'ai choisi une approche qualitative plutôt que quantitative dans ma démarche de recherche. En effet, une recherche qui se positionne dans le domaine de l'accompagnement d'une équipe dans un changement culturel implique de caractériser l'expression singulière des comportements adoptés par les encadrants afin d'identifier similitudes et dissemblances et de les lier à mon hypothèse de départ afin de la valider ou non.

Une approche quantitative serait donc ici moins pertinente.

Les entretiens semi-directifs et compréhensifs sont, à mes yeux, la manière la plus efficace pour obtenir les informations nécessaires à la réalisation de mon travail de recherche.

Je me suis basé sur une trame de questions, autour desquelles je me suis laissé le droit, en fonction du contexte de rajouter des questions indiciaires ou des précisions.

Afin de maximiser la confiance avec les personnes interrogées j'ai fait le choix de garder un minimum de spontanéité dans l'échange et d'aller à leur rencontre sur leur lieu professionnel, dans leur bureau. J'é mets l'hypothèse qu'il s'agit d'un lieu dans lequel ils se sentent plus en sécurité bien que je puisse me tromper.

Dans un premier temps je vais identifier le ou les terrains d'études, puis la population que je vais cibler.

Ensuite je vais présenter le questionnaire qui me servira de support pour mener et orienter mes entretiens en lien avec mon objet de recherche. Je vais argumenter le choix des questions au regard de ma problématique.

³³ Cf Annexe IV analyse de l'entretien 2

3.1.1 Choix du terrain, choix des personnes

Il me semblait opportun de me concentrer sur des structures avec un groupe de travail institutionnel sur le développement durable, voire dans l'idéal, des structures ayant déjà déployées des projets développement durable. J'ai pris contact avec l'association C2DS qui s'occupe de promouvoir le développement durable en établissement de santé. Par ce biais j'ai pu obtenir une liste d'établissements ayant des projets de développement durable bien aboutis.

J'ai complété ce travail par des recherches internet, de nombreux établissements mettant en avant leur démarche via leurs sites internet, et en mobilisant mon réseau professionnel.

J'ai contacté ces structures par 3 biais, par courrier, par téléphone et par mail.

J'ai choisi de me concentrer en priorité sur une population de cadres de santé ou cadres de pôles de façon à avoir la vision de cadre de santé et leur rapport face au management du changement culturel.

J'ai pris le parti de ne pas aller à la rencontre des équipes pluridisciplinaires et de me concentrer sur les cadres de santé. Par manque de temps et parce qu'à mon sens il aurait fallu interroger un échantillon important de chaque équipe dépendant des cadres de santé interrogés pour prétendre à une vision objective de la situation.

3.1.2 Outil d'enquête

Voici la trame de ma grille d'entretiens. Pour chaque question je vais succinctement vous présenter quelle est la finalité des questions posées.

Pré-question : **Pouvez- vous vous présenter et me dire quel est votre fonction, votre degré d'implication dans le projet institutionnel de développement durable?**

Première question pour contextualiser la personne et pour identifier quelle est sa place et son rôle vis-à-vis du projet développement durable.

1) Quelles sont les valeurs professionnelles importantes à vos yeux pour un cadre de proximité ?

L'objectif de cette question est de me permettre de situer les représentations de la personne interrogée sur sa profession et son rapport à son équipe. Quelle est la posture professionnelle en somme et finalement quel type de management cela induit-il.

2) Pour vous qu'implique le développement durable ? comment définiriez-vous ce concept ? Quelles en sont les applications concrètes ?

Ici je veux mesurer, comme je l'ai fait avec mes collègues de promotion le degré de compréhension et d'intégration du concept chez le cadre de santé en poste. Si le projet institutionnel est bien abouti, je devrais avoir des réponses complètes et riches à cette question. Cela me permettra de mesurer (d'estimer) le degré d'acculturation de ceux qui sont chargés de mener le changement.

3) Comment réagit l'équipe face aux changements qu'apporte ou que risque d'apporter le développement durable dans le service ?

Je veux par cette question identifier le regard que porte le CDS sur l'équipe. Quel est son diagnostic de la situation, ce qu'il remarqué, identifié comme problématique possible.

4) Comment accompagnez-vous ces changements ?

Il s'agit ici sans doute de la question la plus importante pour mon travail de recherche, mais il est important à mes yeux qu'elle arrive après une série de questions et de réponses, d'échanges en somme, de façon à établir un début de confiance avec la personne interrogée. Je souhaite savoir ici, ce que le cadre met en place pour accompagner le changement culturel et de comportements. Ce qu'il met aussi en place pour pallier les problématiques qu'il a identifiées plus haut.

5) Pour vous, est ce que le développement durable est compatible avec l'activité de soin ?

Cette question finale me permettra d'avoir le positionnement des cadres de santé sur le sujet du développement durable et son éventuelle non compatibilité avec le soin. C'est la question la plus « personnelle » de l'entretien mais elle me semble pertinente dans la mesure où elle permet de mettre en perspective toutes les autres. Il est impératif qu'elle arrive en fin d'entretien pour optimiser au maximum la confiance qui pourra s'être établie.

L'exploitation des résultats obtenus passe par une retranscription complète des différents entretiens sous la forme de verbatim. Une fois ces verbatim rédigés et imprimés des éléments significatifs sont repérés grâce à un code couleur et les données croisées entre elles dans un tableau d'analyse³⁴.

Les données collectées me permettent de proposer l'analyse suivante.

3.2 Analyse des données

Pour analyser les données que j'ai collectées je vais dans un premier temps présenter les caractéristiques des cadres que j'ai rencontrés. Je vais ensuite identifier les éléments significatifs recueillis et en présenter la synthèse. Enfin je confronterai mes recherches à mon hypothèse de départ.

3.2.1 Caractéristiques de la population

J'ai pu réaliser 6 entretiens sur les 10 que je projetais de réaliser. J'ai été confronté à la difficulté de trouver des cadres de santé impliqués dans des démarches développement durable et acceptant de me répondre. Le taux de non-réponse et de refus a été particulièrement important et j'y reviendrai par la suite car il s'agit pour moi d'une donnée à analyser également.

La répartition par sexe est équilibrée avec 3 hommes et 3 femmes. Il faut noter que ce sexe ratio n'est pas caractéristique de la profession cadre de santé, qui reste un métier largement féminin.

³⁴ Cf annexe IV tableau d'analyse de l'entretien 2

répartition par sexe des personnes interrogées (N=6)



En ce qui concerne l'âge des personnes interrogées, le mini est de 34 ans et le maxi de 49 ans, les valeurs se répartissant de façon régulière entre ces 2 tranches. L'ancienneté dans le métier est inférieure à 5 ans pour 4 d'entre eux et entre 5 et 10 ans pour 2 des personnes interrogées.

Les établissements d'origine des personnes interrogées 5 sont issus d'un établissement public (de 5 établissements publics différents pour être précis) et 1 d'un établissement FEHAP, privé à but non lucratif. Il me manque donc un établissement privé lucratif pour compléter ce panel.

établissement d'origine des personnes interrogées (N=6)



Le secteur d'activité : 2 d'entre eux sont cadres en psychiatrie, 2 en médecine et 2 sont cadres de nuit et donc sur un poste transversal dans 2 hôpitaux généraux.

La durée moyenne des entretiens a été d'une vingtaine de minutes (mini 15 minutes, maxi 29 minutes), ce qui est relativement court, je m'attendais à des entretiens plus longs. Mais ils ont été assez riches en données exploitables.

3.2.2 Synthèse des données recueillies

Je vais reprendre thématique par thématique les données importantes que j'ai eu l'occasion de collecter. Il a fallu que j'aie au-delà des questions que j'avais préalablement conçues pour faire ressortir des informations qui ne soient pas que des opinions de surface.

1) **Quelles sont les valeurs professionnelles importantes à vos yeux pour un cadre de proximité ?**

En ce qui concerne les valeurs du cadre de santé on retrouve finalement 6 réponses structurées autour d'une facette particulière de ce que le cadre de santé peut être.

Le cadre de santé est présenté comme un visionnaire, comme un responsable, comme un chef d'orchestre, comme un accompagnateur, comme un pacificateur et comme un moteur.

Le fait que les 6 cadres que j'ai eu l'occasion d'interroger soit chacun parti dans une terminologie personnelle de ce qu'est le métier à ses yeux est intéressant. J'en déduis que l'échantillon est malgré tout représentatif d'une certaine diversité en termes de cheminement et de vision du monde professionnel.

Si je devais dresser une typologie de ces réponses, je dirai que globalement les valeurs exprimées tournent autour de 3 thématiques :

-des valeurs « humanistes » centrées sur le soin et sur le rôle du cadre vis-à-vis de l'équipe. Le cadre est celui qui accompagne. « Il est à l'écoute », il met « du soin dans les soins » m'a répondu un cadre, il veille à « l'harmonie » m'a dit une autre, il promeut « le respect mutuel ». Selon une autre cadre il veille enfin à « l'équité ».

-des rôles en lien avec le sens du travail où le cadre est davantage représenté comme celui qui conduit, qui mène. « Il doit être un exemple, un visionnaire, il

doit anticiper les situations ». Le cadre est ici celui qui donne du sens au travail collectif.

- des capacités organisationnelles où le cadre est celui qui gère. Il s'adapte aux situations et doit tenter de les améliorer. C'est en somme le gestionnaire du quotidien. Il est chargé d'assurer la résolution des problèmes.

Au-delà des divergences de vocabulaire je retrouve donc chez les cadres que j'ai pu rencontrer une description de leur profession et des valeurs qui la sous-tendent qui se rapproche des 3 grandes thématiques des rôles du cadre selon Henri Mintzberg.

Le cadre a des rôles interpersonnels (leader, agent de liaison, symbole) que je rapprocherai des valeurs humanistes que j'ai retrouvées. Il a aussi des rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur, porte-parole) que je pourrai mettre en lien avec les capacités organisationnelles. Puisque celui qui organise est celui qui fait le lien. Enfin le cadre a des rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateur) que je mettrai en lien avec les rôles de vecteur de sens que j'ai identifié.

Cette question sur les valeurs du cadre a rapidement basculé vers les rôles du cadre comme vous pouvez le constater. Toutefois quelques concepts qui peuvent définir les valeurs du cadre ont émergé.

La responsabilité :

2 cadres m'ont dit que la valeur qui sous-tend leur action est cette idée de responsabilité vis-à-vis de leur équipe, de leur structure et d'eux-mêmes. Le cadre de santé évoluant dans un milieu hospitalier où la responsabilité est d'une importance capitale, que celle-ci fasse partie des valeurs mises en avant ne me surprend pas.

Le prendre soin :

3 cadres ont évoqué cette idée de prendre soin. Je peux penser qu'il s'agit de quelque chose de normal sachant que les cadres sont issus du soin. Pourtant on présente souvent la fonction de cadre comme une rupture avec ce rôle soignant.

Walter Hesbeen³⁵ , cité dans mon cadre conceptuel, présente lui le cadre de santé comme un agent du prendre soin au service de son équipe. Le cadre de santé doit utiliser son vécu de soignant pour mettre en œuvre une « intelligence singulière » en situation.

L'équité :

Dans cette notion d'équité je retrouve le besoin de se montrer juste envers les personnes sous sa responsabilité. Cette idée est à associer à celle de respect. Dans un établissement de santé, le respect aux personnes est une valeur d'une grande importance. Que cette valeur généralement dévolue au soin et aux patients s'applique aussi à la relation entre le cadre et les membres de son équipe me réjouit. Car il s'agit de ma conception du management. Néanmoins, est ce que l'équité est toujours souhaitable et surtout est-elle possible ? Il s'agit d'un débat trop vaste pour être traité ici.

2) Pour vous qu'implique le développement durable ? comment définiriez-vous ce concept ? Quelles en sont les applications concrètes ?

Dans cette question j'ai retrouvé deux séries de réponses.

L'une d'entre elle, portées par 4 des cadres que j'ai interrogés a trait à la **notion de responsabilité**. Il s'agit d'une responsabilité définie vis-à-vis des générations futures dans l'ensemble des réponses obtenues. Mais cette idée de responsabilité est étendue à l'ensemble des aspects du travail du cadre. Il s'agit d'une responsabilité qui porte sur le soin, sur les patients, sur le personnel, sur la pérennité de la structure, sur sa viabilité. En somme d'une responsabilité écrasante voire accablante.

Cette notion de responsabilité rejoint la description des valeurs du cadre de ma première question. Cela me conforte dans l'idée qu'il existe des similitudes entre les valeurs portées par les cadres de santé et celle du développement durable.

³⁵ HESBEEN Walter, Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin, Éditions Elsevier Masson 2011, 152p

L'autre porte sur **l'idée d'équilibre**. Il s'agit de viser à atteindre une forme d'équilibre dynamique entre les différentes forces en tension dans l'hôpital. Cette notion m'a été présentée par 2 cadres sur les 6 que j'ai eu l'occasion d'interroger.

J'ai donc retrouvé la structuration des définitions du développement durable, entre impératif éthique de la responsabilité et notion d'équilibre entre les exigences contradictoires.

J'ai fait préciser cette question par une question intermédiaire visant à savoir quel était le niveau de formation sur le développement durable des cadres en présence. Il s'avère que seul 1 cadre avait suivi une formation diplômante sur ce thème. 3 cadres sur les 6 ont suivi une formation interne à leur structure d'une durée d'une journée (ou moins) avant de participer au groupe de travail sur le sujet. 2 cadres n'ont suivi aucune formation sur le sujet et ont appris exactement en quoi consiste ce concept par un travail de recherche personnel.

Le défaut de formation sur le sujet avait déjà été identifié lors de ma recherche exploratoire. J'en déduis que même des établissements avec des groupes de travail actifs sur le sujet ne jugent pas utile de former le personnel.

Il n'y a pas de liens évidents entre formation au développement durable et réponses obtenues en termes de définitions du concept. Cela ne signifie pas que cela n'influence pas la réponse mais simplement que je ne suis pas en mesure de conclure au vu de l'échantillon.

Les échanges sur le sujet avec les cadres de terrain m'ont permis de dégager quelques pistes de réflexions toutefois. Le cadre qui s'est formé via un master 2 en développement durable l'a fait à ses propres frais. Une des cadres souhaitait suivre le même cursus mais sa direction lui refuse cette formation depuis 2 ans. Ces 2 cadres disent se sentir seuls dans leurs structures à porter cette thématique parmi les soignants et ont exprimé leur sentiment que leur désir de formation était vécu comme une menace par l'institution.

Je ne peux pas me prononcer sur la véracité de cette impression. Il est toutefois curieux que dans deux contextes totalement différents et chez 2 personnalités différentes (un homme cadre de nuit et cadre depuis 10 ans dans un hôpital général de région parisienne, une femme cadre de jour en province dans une

petite structure) le même sentiment de méfiance de leur structure à l'égard de leur formation émerge.

De nombreux travaux montrent que la compétition est plus forte au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie d'une organisation. S'agit-il d'une illustration du phénomène de jeu d'acteur tel que le décrit Crozier ? Est-ce en lien avec le développement durable ? Je ne peux conclure sur ce point.

La solitude ressentie est également à considérer attentivement je pense.

En ce qui concerne le volet sur les applications concrètes de ce concept les réponses ont été relativement variées.

Globalement 5 cadres sur 6 m'ont parlé en premier lieu du **tri des déchets**, il semble donc que cette question fasse partie des thématiques identitaires de ce concept.

J'ai obtenu également 4 cadres sur 6 qui ont mentionné la **gestion des ressources** en eau, énergie et consommables.

Il faut noter également des réponses de 2 cadres qui associent parmi les applications concrètes la **gestion des ressources humaines** et les rapports que le cadre entretient avec son équipe.

Trois cadres ont également parlé des **projets architecturaux** nouveaux qui intègrent ce concept dès leur genèse.

Enfin une cadre, a conclu sa présentation du caractère concret du développement durable en me disant : « on en fait tous finalement sans le savoir, les cadres de santé en font tous sans le savoir ».

3) Comment réagit l'équipe face aux changements qu'apporte ou que risque d'apporter le développement durable dans le service ?

En ce qui concerne les réactions de l'équipe face aux changements, j'ai eu plutôt le même type de réponse à chaque entretien. Pour une part j'analyse cela comme le fait que face au changement les situations se répètent et se ressemblent mais aussi comme le fait que le discours des cadres de santé s'est forgé par leur formation initiale et est en partie stéréotypé. Peut-être aussi que le terme « changement » induit des réponses types. J'ai essayé d'aller au-delà.

Toujours est-il que les cadres que j'ai interrogés m'ont tous dit que **le changement était toujours un processus complexe à mettre en œuvre.**

J'ai retrouvé chez 3 cadres une réponse selon laquelle le terme développement durable faisait particulièrement peur. Le terme développement durable est perçu comme un facteur de frein dans une perspective de changement. L'une de ces cadres m'a même dit qu'elle évitait d'utiliser ce terme. Il semble que ce soit pour elle le meilleur moyen d'éviter de braquer dans l'opposition son équipe.

L'importance du choix des mots me semble donc une piste intéressante à ne pas négliger. Je pense que l'emploi de ce terme (« à tort et à travers » « ça englobe beaucoup de choses, je ne dis pas qu'on le dénature mais... » m'ont dit 2 cadres) est fait aujourd'hui ad nauseam et que cela nuit à l'idée qu'il véhicule. Gro BRUNTLAND elle-même disait dans un article récent qu'elle trouvait que ce concept de développement durable était vidé de son sens premier dans beaucoup trop de situations.

C'est le risque avec un concept qui est récent et qui de ce fait n'a pas encore atteint une stabilité sémantique suffisante. J'en déduis que l'effort principal consiste à bien expliquer ce qu'englobe cette terminologie dans le cadre d'un projet institutionnel. Je me dis que peut être un autre terme, encore à inventer, conviendrait davantage pour exprimer plus précisément l'intérêt de cette démarche.

L'une des cadres me disait que finalement les idées sont là depuis longtemps mais que les mots pour les décrire viennent ensuite. Qu'il ne s'agit pas d'une découverte d'idées mais de terminologie³⁶. Nommer les choses, les idées, les objets est d'une importance capitale pour leur appropriation.

Une autre réponse importante sur cette thématique du changement est la question du sens. De façon unanime l'ensemble des cadres interrogés m'ont affirmé que leur équipe était tout à fait en mesure d'accepter les changements induits par le développement durable à partir du moment où elle en comprenait le sens.

³⁶ H.-J. Pos *Revue Internationale de Philosophie* Vol. 1, No. 2 (15 JANVIER 1939), pp. 354-365

Il n'y a pas d'opposition qui ne puisse être surmontée par de l'explication, de la négociation et une présentation claire des avantages attendus.

Les arguments les plus porteurs de sens pour l'équipe concernent selon 3 cadres **la qualité des soins offerts aux patients**. Parvenir à démontrer que le développement durable peut améliorer la prise en soin des patients permet en général de convaincre.

Un autre argument porteur concerne **l'amélioration de la qualité de vie au travail**. 2 des cadres que j'ai pu interroger m'ont affirmé que mettre en place une meilleure organisation de travail, plus respectueuse des agents facilite l'adoption des changements induits.

2 cadres considèrent que les arguments d'ordre économique étaient les pires arguments pour l'équipe parce que les agents refusent que le changement soit porté par ces considérations. Je comprends ce point de vue, même si, in fine, une rationalisation des coûts et une meilleure allocation des ressources financières disponibles peuvent permettre d'améliorer la qualité de la prestation offerte au patient.

L'exemple, qu'une des cadres m'a donné sur la lutte contre le gaspillage alimentaire qu'elle a commencé à mettre en place, a permis de diminuer ce qui était jeté en termes de quantité et a donc diminué aussi la quantité de ce qui était acheté. La ressource financière économisée a été réinvestie dans l'amélioration de la qualité des repas servis et des aliments achetés.

Un des cadres m'a dit que les arguments d'ordre économiques étaient par contre particulièrement adaptés pour une négociation avec la direction ou les services techniques.

Le distinguo qui est opéré entre ce qui est dicible à l'équipe et ce qui l'est vis-à-vis d'autres intervenants dans la structure est révélateur pour moi d'une différenciation en sous-groupes culturels dans les établissements de santé. Le fait de devoir adapter son discours en fonction de l'appartenance à un corps social donné en est un indice clair.

Le terme d'habitudes ressort aussi beaucoup de ces entretiens. 5 cadres sur 6 m'ont parlé du fait que le changement induit par les pratiques de développement durable impactait des habitudes ancrées.

Le terme d'habitude est une notion intéressante parce qu'elle renvoie dans le champ des sciences sociales à l'idée de culture. Une culture est composée d'habitudes, de pratiques, de rites liés à l'environnement. Que les cadres insistent sur cette notion rejoint finalement mon intuition que le changement est en premier lieu un changement d'ordre culturel.

Au vu de mes entretiens je dirai que ce changement est largement imposé, contraint. 3 cadres ont mis l'accent sur la fatalité de ce changement « on n'a pas le choix » « on nous impose de le faire » « c'est comme ça ».

3 autres sur le caractère inéluctable de ce changement « on va y venir » « de toute façon c'est ça l'avenir ». Finalement je peux me demander si le caractère imposé de ce changement n'est pas aussi une explication des résistances de l'équipe qui peuvent survenir en touchant à leurs habitudes.

Je peux donc en conclure que le cadre de santé est celui qui apporte le sens de la démarche développement durable et est celui qui accompagne les changements d'habitudes induits. **Il s'agit donc des compétences relationnelles et de sa posture de leader de l'équipe qui est mise en avant.**

4) Comment accompagnez-vous ces changements ?

Lors de mes entretiens j'ai spontanément reformulé cette question en la posant plutôt sous une forme plus ouverte : comment vous y prenez-vous pour mettre en œuvre ces changements ? Je ne voulais pas induire de réponse sur l'accompagnement parce que ce terme est apparu lors de la première question sur les valeurs du cadre et que j'étais curieux de savoir s'il y avait autre chose et ce qu'impliquait concrètement cet accompagnement.

Les réponses peuvent également se recouper assez largement autour de plusieurs thématiques importantes.

En premier lieu j'ai retrouvé **l'importance de la communication**. Les 6 cadres m'ont cité cette idée en me disant qu'il fallait accorder une importance capitale à cette communication avec l'équipe. Cela ne me surprend pas parce que le métier de cadre est un métier de communicant. Le cadre de santé n'échappe

pas à cette fonction. Cette communication doit prendre la forme d'explications formelles et informelles sur le sens de la démarche.

On retrouve là encore l'idée que pour changer il faut comprendre pourquoi on doit le faire et quels sont les avantages attendus. Un cadre m'a parlé de citoyenneté et un autre du rôle d'exemplarité de l'hôpital, du lieu de travail comme arguments pour convaincre l'équipe.

Un autre a cependant dit que seules des personnes « écolo-sensibles » se sentaient concernées par ce type de démarche. Je reste donc dubitatif quant à la pertinence de tels arguments, d'un plan de communication en interne basé uniquement sur ce point. L'exemplarité est plus une source d'inquiétude car elle entraîne un risque de dévalorisation (culpabilisation). Il convient sans doute mieux de s'appuyer sur un argumentaire plus positif.

Le corollaire de la circulation de l'information se trouve aussi cité par 4 cadres, **l'importance de la formation**. Cependant cette formation, à leurs yeux, apparaît complexe à mettre en œuvre à cause des coûts qu'elle occasionne et du temps nécessaire pour cela.

En second lieu, **la participation de la direction et de l'institution** dans son ensemble fait partie des éléments qui sont revenus avec force. 5 cadres m'ont parlé de la nécessité d'institutionnaliser la démarche, de l'importance d'un engagement de la direction dans ce sens. D'autres autorités sont également citées comme l'HAS ou le ministère de la santé.

Cela revient à dire que pour assurer le mouvement vers le changement il faut qu'une autorité indiscutable fixe le cap et les objectifs pour les légitimer.

Je ne pensais pas que ce serait autant mis en avant. Mais je le comprends : une démarche développement durable est une composante de la politique qualité d'un établissement et un des critères de réussite du management de la qualité est le leadership de la direction dans la démarche. Cela fait sens.

En troisième lieu, il y a eu un consensus des cadres que j'ai interrogés sur l'importance d'être dans quelque chose de **concret**. L'intellectualisation qui est parfois faite de ce concept nuit à son opérabilité.

Partir de projets simples, concrets, permet aux équipes de s'en emparer plus facilement et de comprendre le caractère tangible de la démarche. Cela peut paraître paradoxal avec les affirmations antérieures sur la nécessité de la communication de l'information et de l'explication. Mais je le comprends comme un besoin de s'appuyer sur un projet et ne pas s'éparpiller.

Le risque de la démarche de développement durable est qu'elle prétend comprendre la globalité des processus. Or pour se mettre en œuvre elle doit avancer pas à pas et projet par projet. Un des cadres parlaient de **démarche incrémentale**. Lors de la conduite de projet par un cadre de nombreuses revues professionnelles conseillent de ne pas s'éparpiller et de mener un projet à bien avant de passer au suivant.³⁷ Ce serait la seule façon d'assurer la pérennité des changements.

Enfin, une réponse de la part de 3 cadres sur les 6 m'a un peu surpris. **Pour que l'équipe accepte ce changement d'habitudes il est indispensable que le cadre de santé soit convaincu lui-même de la nécessité de ce changement.**

Finalement pour accompagner le changement il faut avoir soi-même déjà changé ou avoir compris le sens du changement. Que cette maxime s'applique au cadre de santé de proximité signifie qu'elle doit s'appliquer également à l'ensemble de la ligne hiérarchique. Or il s'avère qu'aujourd'hui la mise en œuvre d'une démarche de développement durable est avant tout liée à la pression réglementaire ou à des intérêts économiques plus ou moins avoués. Comment convaincre si l'on n'est pas soi-même convaincu ?

En lien avec ce point, un cadre m'a précisé à son sens pour être légitime à convaincre le cadre doit **maitriser le sujet** dont il parle. Pour le maitriser il doit s'être formé et renseigné suffisamment. J'en reviens à l'importance de la formation. J'irai plus loin en disant qu'il est nécessaire également de travailler en collaboration avec les personnes qui maitrisent le mieux le sujet dans la structure.

³⁷ Joanna KERRIDGE « leading change : 3 implementation » Vol 108 No 6 / Nursing Times 07.02.12

Il en ressort donc que le cadre de santé est avant tout quelqu'un qui maîtrise les outils de la communication. Il dispose de la maîtrise de la circulation de l'information. C'est lui qui impulse cela. Dans la conduite de changement il accompagne par sa présence, son écoute et en construisant sa légitimité. **Le cadre de santé est également le relai de la politique institutionnelle.**

5) Pour vous, est ce que le développement durable est compatible avec l'activité de soin ?

À cette question relativement fermée j'ai obtenu 6 réponses positives. Toutefois ces 6 oui ont tous été assortis de précautions et de mises en perspective. Je me demande si cette question n'induisait pas, finalement, nécessairement une réponse positive ne serait-ce que par sympathie envers moi. J'arrive néanmoins au travers des réponses précisées que j'ai obtenues à définir 2 positions sur le sujet.

La première consiste à dire que **oui le développement durable est compatible avec l'activité de soin mais qu'il ne s'agit absolument pas d'une priorité pour le cadre de santé** comme pour son équipe.

Les 3 cadres de santé qui m'ont tenu ces propos de façon assez symétriques, malgré la distance, pensent que le cadre de santé et les soignants ont suffisamment à faire pour qu'on ne leur rajoute pas un travail supplémentaire. Je comprends cette position que j'ai retrouvée chez des cadres qui semblaient subir cette démarche plus qu'y participer, l'ensemble des projets étant imposés d'en haut sans forcément tenir compte des difficultés du terrain. Un des cadres m'a par exemple parlé d'un projet de tri des déchets qui passait par l'installation d'une nouvelle poubelle que les soignants jugeaient inadaptée au service pour des raisons de sécurité. Un autre m'a parlé d'un projet de covoiturage mis en place sans tenir compte des particularités du travail soignant (horaires changeants, amplitude horaire variable) et qui donc n'était utilisé que par le personnel administratif.

Dans cette position face au développement durable je retrouve une forme de rejet face à quelque chose d'imposé et qui ne permet pas d'améliorer la qualité

des soins et la qualité de vie au travail. Une des cadres m'a dit que c'était sûrement compatible mais qu'à ses yeux « c'était plus quelque chose pour les administratifs ou les services techniques mais que les soignants n'étaient pas concernés ».

Le fait de ne pas se sentir concernés montre à mes yeux qu'il existe une dépossession de la démarche, réelle ou symbolique. D'un point de vue culturel, dans l'idée de la culture d'entreprise, le développement durable est vécu comme appartenant davantage à la culture des techno-administratifs qu'à la culture des soignants. Il s'agit donc d'un élément qu'il faut laisser à d'autres. De plus la démarche de développement durable au sein d'une entreprise passe nécessairement par la participation des parties prenantes à l'élaboration des changements. Le fait de se voir imposer des changements par le haut est un signe je pense, du fait que la démarche est une démarche conformiste.

La seconde position sur le sujet consiste à dire que **oui le développement est compatible avec le soin mais qu'il faut pouvoir prendre le temps de le mettre en place**. La temporalité de la mise en œuvre du développement durable est difficile à insérer dans les autres cycles de travail pour le cadre et les soignants. Schématiquement je dirais qu'il y a 3 cycles. Un temps court, prioritaire, qui consiste en l'activité quotidienne et la gestion de l'imprévu. Un second temps à moyen terme qui consiste en l'accompagnement des projets et l'accompagnement de l'équipe dans son évolution (collective et individuelle). Enfin un temps long, le temps stratégique qui est celui du développement durable et qui est difficile à mettre en œuvre. 2 des cadres m'ont dit que la compatibilité du développement durable avec la culture soignante est rendu complexe du fait du manque de stabilité des équipes. Le cadre doit gérer cette instabilité et n'a pas forcément le temps de prendre le temps justement.

Pour passer d'un cycle temporel à l'autre il est nécessaire de maîtriser et d'être dans le confort vis-à-vis des cycles courts. Ce confort dépend des conditions d'exercice du cadre. Il dépend aussi de l'adaptabilité de celui-ci. L'activité du cadre est régulièrement décrite comme une activité hachée par une série de courtes séquences. ³⁸

³⁸ DIEUMEGARD Gilles, SAURY Jacques, DURAND Marc, « L'organisation de son propre travail : une étude du cours d'action de cadres de l'industrie. », *Le travail humain*2/2004.

Une des cadres m'a dit également qu'elle avait eu besoin de temps pour se sentir suffisamment en confiance dans son poste pour aborder le sujet du développement durable avec son équipe. Un autre m'a dit qu'il avait eu besoin de gagner la confiance de son équipe avant d'avoir la possibilité d'aborder sa vision du long terme avec eux.

J'en déduis que **la notion de confiance est importante**, dans un sens comme dans l'autre **pour atteindre la légitimité** suffisante.

Ici la démarche de développement durable est portée et revendiquée par le cadre de santé dès le départ de sa prise de fonction. Cette culture est déjà intégrée par lui. Il peut s'agir d'un élément apporté de l'extérieur et imposé, mais la maturation fait qu'il est intégré au fonctionnement. Il ne s'agit pas de sa priorité, il ne s'agit pas de quelque chose qu'il souhaite imposer à son équipe. Il s'agit de quelque chose de porté au quotidien sur lequel il se laisse du temps pour le transmettre aux soignants.

Il faut noter que c'est dans cette catégorie de réponse que je retrouve les personnes formées au développement durable et celles qui m'ont dit que le développement durable était mis en œuvre sans conscience dans de nombreuses situations.

Le cadre de santé est donc un vecteur du changement dans une organisation hospitalière, par sa force de conviction et sa capacité à transmettre le sens et l'envie il parvient à accompagner son équipe dans les changements d'habitudes induits par le développement durable.

3.2.3 Des données recueillies en dehors des entretiens formels.

Lors de ma recherche de cadres de santé à interroger autour de mon thème j'ai eu l'occasion d'échanger avec des responsables de cellule développement durable dans des structures diverses. Ces échanges téléphoniques et par mail m'ont permis également de relever quelques éléments que j'estime significatifs dans la compréhension de ma problématique. J'ai donc décidé d'inclure ces éléments parmi les données à analyser dans mon mémoire.

Je vais particulièrement m'intéresser aux échanges que j'ai eu avec la responsable de la communication d'une clinique privée du sud-ouest de la France, ceux

avec un directeur adjoint d'un CH de la région parisienne, et ceux avec deux responsables qualité de deux structures franciliennes.

Ces échanges ne m'ont pas permis de déboucher sur des entretiens avec des cadres de santé ou avec des soignants parce que leur participation aux groupes de travail sur le développement durable avait été parcellaire et leur investissement relativement faible.

L'explication souvent avancée de cette faible participation est que les soignants ne se sentent pas concernés. Cela rejoint ce que mes entretiens m'ont permis de découvrir. Toutefois l'analyse qui en est faite est un peu différente.

L'un des responsables qualité m'a dit qu'il trouvait que les soignants avaient l'habitude de fonctionner en **vase clos** et de ne travailler qu'entre eux et que de ce fait une démarche qui nécessite de travailler avec les autres professionnels de la structure les déstabilisaient. Je ne souscris pas en totalité avec cette vision des choses, toutefois il est possible qu'effectivement il y ait une forme de repli des soignants sur l'équipe. Peut-être s'agit-il d'une réaction normale aux changements permanents que vit le monde de la santé.

Ce responsable qualité et le directeur adjoint m'ont également dit qu'ils pensaient que les soignants et notamment les paramédicaux avaient aussi tendance à se sous-estimer et à avoir un **complexe d'infériorité** vis-à-vis des autres professionnels. Finalement ils ne se sentiraient pas compétents ni légitimes à s'emparer de sujets qui sortent un peu des soins.

Si je m'en réfère à mon cadre conceptuel, il s'agit peut-être d'une illustration de l'idée de Joan TRONTO selon laquelle la culture du care est une culture de groupe dominé.

Tous semblaient mal à l'aise avec cette situation (la faible participation des soignants) mais ne pas arriver à avoir de solutions pour la favoriser, les campagnes de communication et de sensibilisation semblant inefficaces à encourager la participation.

L'un des responsables qualité m'a dit également que finalement à l'hôpital les gens se côtoient mais n'échangent pas. Ils partagent un lieu de travail mais pas nécessairement une communauté de destin.

Cela rejoint l'idée qu'à l'hôpital plusieurs groupes culturels se côtoient sans se mélanger. Je peux aisément le comprendre et l'expliquer au regard de mon cadre théorique par l'existence d'une différenciation des fonctions qui impliquent une séparation des individus en groupes fonctionnels. Chacun de ces groupes dispose de son mode de fonctionnement propre, de ses codes propres et de sa vision de ce que doit être l'entreprise. Le développement durable étant porté par un autre groupe fonctionnel peut-être que les soignants s'en dessaisissent inconsciemment.

Si je me positionne en tant que cadre de santé sur ce point je pense que le cadre doit être en mesure d'identifier ce repli et de **jouer son rôle d'interface entre l'équipe et le reste de la structure**. Le travail du cadre est souvent décrit comme un travail de lien (invisible) notamment par Paule BOURRET. Je pense que cette posture de mise en relation est d'une importance capitale pour le travail du cadre et plus spécifiquement dans cette démarche de développement durable.

Lors de ces apports informels j'ai également eu l'occasion d'interroger la sincérité de la démarche développement durable dans les établissements de santé. Le directeur adjoint m'a suggéré qu'un certain nombre d'établissements avaient mis en place des groupes de travail sur le développement durable uniquement pour satisfaire aux recommandations de la certification. Et que ces groupes s'apparentent à des « groupes fantômes » La responsable communication m'a également expliqué que certains établissements utilisaient le thème développement durable comme un argument de campagne de communication vers l'extérieur sans nécessairement jouer le jeu.

Je comprends un peu mieux mes difficultés à trouver des interlocuteurs en interne si ces propos s'avèrent exacts.

3.2.4 Hypothèse de départ et résultats obtenus : convergences et divergences.

La synthèse des données collectées me permet d'avancer plusieurs éléments de compréhension en lien avec mon cadre conceptuel et ma réflexion ultérieure. Ces éléments sont à considérer avec les précautions usuelles eut égard à la faiblesse de mon échantillon. Je peux néanmoins les considérer comme des conclusions raisonnablement fiables.

Si je me réfère à la typologie des phénomènes d'acculturation citée dans mon cadre conceptuel.

- Critère général (politique) avec 3 situations types (spontanée et libre, **organisée mais forcée**, planifiée et contrôlée)
- critère culturel en fonction de l'**homogénéité** ou hétérogénéité des cultures en présence
- critère social (ouverture ou **fermeture** des sociétés en lien avec la différenciation sociale et le degré d'individualisme)

Cette acculturation est vécue comme organisée mais forcée par le personnel et par l'encadrement de proximité dans l'ensemble de la structure et quel que soit le type de lieu où elle se produit. Il s'agit d'un changement imposé par l'environnement extérieur au niveau de l'équipe.

En termes de valeurs, comme je m'y attendais, le développement durable s'inscrit parfaitement dans une forme de compatibilité avec les valeurs portées par les soignants.

L'un des éléments qui serait susceptible de compliquer ce phénomène d'acculturation est la présence au sein des structures de santé de différents groupes de sous-cultures qui vivent isolés les uns des autres. La diffusion de la culture du développement durable semble se faire plus facilement dans d'autres groupes que les soignants dans la structure. Il existe une fermeture de l'équipe soignante sur son unité de soin.

Le cadre de santé peut permettre d'assurer un lien entre les différents groupes culturels, il s'agit d'une de ses fonctions. Il peut donc agir comme facilitateur lors du changement culturel. Néanmoins ce rôle de facilitateur ne peut se faire

que dans la mesure où lui-même accepte ce changement de paradigme et accepte de remettre en cause sa vision du monde et ses habitudes. Une fois convaincu c'est par sa présence attentive auprès de son équipe, grâce à sa posture d'accompagnateur qu'il peut faciliter le changement.

L'accompagnement passe par la communication, une communication adaptée et qui se sert des supports existants. L'accompagnement implique d'être un vecteur de sens dans le travail. Le changement culturel ne peut se faire qu'à travers d'une finalité explicitée et claire. En montrant cette finalité le cadre de santé devient un leader et un visionnaire. Il s'agit d'une des facettes de sa fonction.

Le travail du cadre est un travail qui passe par des temporalités différentes qu'il doit parvenir à concilier. Cet apprentissage prend du temps et n'est jamais fini.

Mon hypothèse de départ était la suivante :

Le cadre de santé, en tant que manager de proximité, a une légitimité dans l'accompagnement des changements. Par ses savoirs, ses postures et ses compétences, il amène l'équipe qu'il encadre à intégrer la culture du développement durable dans son travail au quotidien.

Les données que j'ai eu l'occasion de présenter plus haut me permettent de valider dans les grandes lignes cette hypothèse.

Néanmoins, mon cheminement m'amène à envisager les choses avec plus de recul et moins de certitudes. Si le cadre de santé peut se trouver être en position d'accompagner ce changement il est dépendant du contexte institutionnel. Les facteurs limitants sont nombreux. Il y a bien sûr l'engagement de la hiérarchie qui est importante à considérer, il y a le climat social de l'entreprise qui est à considérer et il y a aussi et surtout des priorités à gérer au quotidien. **L'environnement de travail influence grandement les marges de manœuvre du cadre de santé et donc les résultats qu'il est susceptible d'obtenir.**

Le développement durable n'est jamais vécu comme une priorité dans nos établissements de santé et si cette thématique suscite mon intérêt je sais qu'il sera compliqué de pouvoir mettre des choses en œuvre.

J'ai pris conscience du fait qu'il est indispensable de temporiser. Le développement durable est une démarche très longue à mettre en œuvre et un changement que le cadre ne peut accompagner que sur la durée jusqu'à ce qu'une masse critique de personnes convaincues soit présente.

J'ai pris également conscience du fait que le travail de cadre est largement dépendant de la personnalité et des choix que celui-ci fait. La couleur, la tonalité de la fonction est très largement dépendante de la personnalité du cadre et de son échelle de valeurs personnelles. C'est une découverte plutôt positive pour moi.

Il est temps de réaliser une synthèse des apports que ce travail et que les échanges croisés avec les cadres de santé m'ont apporté.

Si je devais dresser un portrait des compétences, aptitudes et qualités nécessaires au cadre de santé pour accompagner le changement culturel induit par le développement durable ce serait :

- **Des compétences relationnelles et communicationnelles**, en vue de diffuser les éléments de sens, les valeurs et les aspects concrets avec son équipe, l'environnement interne à la structure et le milieu extérieur. Le cadre doit pour ce faire faire preuve de tact et de diplomatie. Il doit savoir écouter et comprendre. Il doit aussi assumer son rôle de leader positif dans l'équipe.
- **Des compétences pédagogiques**, en lien avec les précédentes afin de savoir trouver les mots justes pour répandre les idées et expliquer les nouvelles pratiques introduites par le développement durable.
- **Des compétences en conduite de projet en en gestion**, il s'agit pour le cadre de savoir sur une durée déterminée et en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes conduire des projets en lien avec la démarche institutionnelle de développement durable.

Enfin, le cadre de santé doit appuyer sa pratique quotidienne du management sur des valeurs issues directement du développement durable et compatibles avec celles véhiculées par le soin. Il doit **respecter la différence** et veiller à permettre à chaque individu d'exprimer sa singularité dans le cadre professionnel. Il doit s'assurer de faire preuve d'**équité**. Il doit s'efforcer de **faire croître et grandir** les personnes dont il a la **responsabilité** en les accompagnant dans leur développement professionnel (montée en compétences) mais aussi personnel (évolution professionnelle, climat de travail) dans une certaine part.

Ce type de management est un management que l'on pourrait qualifier de durable. Il implique des qualités d'écoute, d'empathie, de calme, de tolérance.

En adoptant ce management durable le cadre de santé peut prétendre incarner une forme d'exemplarité et diffuser plus efficacement cette culture durable par la confiance qu'il inspire.

3.3 Limites du travail

Ce travail comporte une série de limites que je vais évoquer. J'ai choisi de les classer en deux catégories distinctes, les limites théoriques et celles en lien avec le recueil des données.

3.3.1 Limites théoriques

En ce qui concerne les limites théoriques de mon mémoire je dirai que le temps dont j'ai disposé ne m'a permis que de survoler une discipline aussi complexe que la sociologie et cette notion de culture. Les travaux sont nombreux sur le sujet et je n'ai bien entendu pas eu le temps de tout lire et de tout comprendre. Cela aura été largement une découverte pour moi.

Le côté positif est que ce travail m'a donné le goût d'en apprendre davantage et d'essayer de comprendre le fonctionnement de nos établissements de santé par le prisme du fait culturel.

En ce qui concerne le concept de développement durable, je me suis rendu compte de la difficulté de définir et de circonscrire un thème qui a une visée globalisante. J'aurai sans doute eu besoin de davantage de temps et de méthode pour mieux circonscrire mon sujet.

Le choix de partir sur un thème au travers un constat d'absence (un sujet d'actualité, pas de démarche dans mon établissement d'origine) était un choix risqué. Je ne regrette pas de l'avoir fait parce qu'il m'a permis de travailler un sujet original et porteur. Prendre des risques fait partie de la démarche innovante. J'espère avoir su les limiter.

La critique que j'ai reçue lors de mes entretiens de cette conceptualisation à outrance des pratiques, à visée globalisante, peut s'appliquer en un sens à ce travail. Peut-être aurais-je du construire ma problématique autour d'une thématique concrète et d'un projet bien défini plutôt que sur une démarche de changement culturel.

J'ai fait ce choix parce que je n'avais pas confiance en mon expérience de l'encadrement au moment de mon entrée en formation pour me sentir suffisamment à l'aise sur un sujet pratique. Passer par un travail de conceptualisation était sans doute nécessaire à mon cheminement vers mon futur métier.

Je ne regrette pas d'être allé dans cette direction parce que finalement mes recherches et mes entretiens m'ont amené à découvrir des méthodes, et des outils pour d'accompagner le changement culturel.

3.3.2 Limites en lien avec le recueil des données

En ce qui concerne le recueil des données, j'ai dû faire face à davantage de complications que ce à quoi je m'attendais au départ. Vu le nombre d'établissement engagés dans des démarches de développement durable je pensais que trouver des cadres de santé volontaires pour en discuter avec moi serait aisé. Ce ne fut pas le cas.

J'ai souvent rencontré des portes closes ou des refus polis. Toujours est-il que je ne suis pas parvenu à réunir les 10 cadres de santé que je souhaitais interroger. Mon échantillon de 6 cadres de santé est plutôt faible.

En termes de représentativité je dirais que le point fort de mon travail réside dans le fait que les cadres que j'ai rencontrés venaient tous de structures différentes. Obtenir un échantillon paritaire était aussi une chance. Finalement, si je suis réservé quant au fait que mon travail et mes observations puissent être

généralisés il dresse sans doute un tableau relativement fidèle de la réalité de ce que vivent les cadres de santé et leurs équipes face au développement durable et à la conduite de ce changement culturel.

Pour améliorer la pertinence et la portée de mon travail il me faudrait sûrement procéder à davantage d'entretiens ou alors procéder différemment en me centrant sur une structure et en réalisant des entretiens de l'ensemble du personnel en présence. Il s'agit d'une possibilité pour plus tard et avec davantage de temps et de méthode.

Concernant la construction de ma grille d'entretien et la menée des entretiens, qui étaient des exercices nouveaux pour moi, je dirai que certaines de mes questions étaient sans doute trop inductives et que je n'ai pas su suffisamment « cadrer » mes entretiens. L'intérêt de ce travail est évident sur ce plan, parce qu'il m'a permis de m'en rendre compte au fur et à mesure et de réajuster lors de mes derniers entretiens qui de ce fait ont été plus riches et moins chaotiques. L'essentiel était de parvenir à collecter des données exploitables, ce que je suis parvenu à faire.

Une autre déception pour moi a été l'impossibilité de filmer mes entretiens. En effet, le premier cadre ayant refusé je me suis contenté d'enregistrer les autres. La communication n'est pas uniquement verbale, elle passe aussi par les gestes, les attitudes et les mimiques. Cette richesse au niveau de l'interprétation a été perdue. J'aurai aimé pouvoir offrir une analyse, une interprétation, de cet aspect de la communication.

La prise de contact avec les structures est passée par les courriers et les mails en première intention. J'ai compris trop tard que cette méthode n'était pas la meilleure pour obtenir des résultats. Si c'était à refaire je privilégierais mon réseau professionnel et des contacts téléphoniques directs.

Trouver les bons arguments pour convaincre les gens d'accepter les entretiens m'a aussi pris du temps.

Conclusion

Ma problématique pour aborder ce travail était de savoir comment le cadre de santé s’y prend pour impulser une culture du développement durable au sein de l’équipe qu’il encadre, en d’autres termes, comment mène-t-il une culture du changement (une acculturation).

Traiter du développement durable en établissement de santé sous l’angle culturel m’a permis de me rendre compte du caractère mouvant et évolutif des cultures. Cela m’a également permis de mesurer la difficulté d’impulser un changement de cet ordre lorsqu’on est cadre de santé.

Lors de mes recherches et de mes entretiens j’ai pu réinvestir les apports de cette année pour me rendre compte qu’en matière de conduite du changement et de politique de qualité et de gestion des risques il y a des incontournables à prendre en compte.

Ce travail m’a permis de me rendre compte que l’introduction de la culture du développement durable est possible et fait partie de ce que le cadre de santé peut accompagner. Le cadre par sa posture d’accompagnateur peut être un facilitateur, il peut être le catalyseur du changement.

Évidemment, il s’agit d’une démarche globale qui doit être adoptée par l’ensemble de la structure pour pouvoir se concrétiser.

Le cadre de santé, si il est convaincu par cette culture peut la faire comprendre et partager par son équipe. Il doit pour cela maîtriser les outils de communication à sa disposition.

Cela me conforte également dans l’idée qu’il est nécessaire de redonner du sens et d’impulser une réflexion éthique sur les valeurs défendues par la structure et ceux qui la composent. J’ignore s’il s’agit d’un travail que le cadre de santé peut mener seul. Je suis certain par contre qu’il doit assumer cette posture de vecteur de sens.

Ce travail d’initiation à la recherche m’a permis de cheminer. En début d’année j’avais une vision idéalisée du métier de cadre de santé dans laquelle je projetais beaucoup d’idées qui avec un peu de recul pouvaient s’apparenter à une forme d’idéologie. Pratique professionnelle et idéologie ne font pas bon ménage. J’en

ai conscience, mais je pense aussi qu'il faut savoir conserver une part d'idéalisme en soi. C'est ce qui fait la richesse de ce que l'on peut apporter à notre travail.

Je reste convaincu que le développement durable est un changement en profondeur de notre système de santé et qu'il est voué dans le futur à apporter des solutions aux crises complexes et profondes que nous traversons. Cela prendra du temps, c'est un changement qui ne se fera peut-être pas sans heurts et sans échecs mais il s'agit d'un mouvement de fond, pas simplement d'un effet de mode.

Pour conclure, je dirai que le développement durable est une opportunité pour promouvoir un management plus respectueux de l'individu et de l'environnement. Cela rejoint, en un sens, le concept « d'hôpital magnétique »³⁹ :

« Il existe des hôpitaux américains qualifiés de magnet hospitals. Ils sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. Nous les identifions de manière similaire : les hôpitaux magnétiques. » En faisant converger management durable et hôpitaux magnétiques peut être parviendra-t-on à relever le défi de l'efficacité.

³⁹ Brunelle Y, « 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* 1/2009 (Vol. 40) , p. 39-48
URL: www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm.
DOI : [10.3917/pos.401.0039](https://doi.org/10.3917/pos.401.0039).

Bibliographie

OUVRAGES COMPLETS :

- ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., La Dynamique des groupes restreints, Paris, PUF, 1994, 396p
- BOURRET (P.), Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible, Paris, Éditions Seli Arslan, 2006, 269 p.
- CROZIER (M.), FRIEDBERG (E.), L'acteur et le système, Paris, Éditions du Seuil, 1992, 500 p
- CUCHE Denys « la notion de culture dans les sciences sociales » collection grands repères mars 2010 157p
- D'IRIBARNE Philippe « la logique de l'honneur, gestion des entreprises et traditions nationales » éditions du seuil 1989, 279p
- HESBEEN Walter, Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin, Éditions Elsevier Masson 2011, 152p
- JONAS Hans « le principe responsabilité », éditions champs essais, 3^e éditions de 1995, (1979 1^{ere} édition) 457p
- LAVILLE Élisabeth « L'entreprise Verte » éditions Pearsons, 3^e éditions 2009, édition originale 2002, 404p
- LEWIN (K.), Psychologie dynamique, Les relations humaines, Paris, PUF, 1972. 285p
- MINTZBERG (H.), Le management, Voyage au centre des organisations, Paris, Eyrolles Éditions d'Organisation, 1999, 703 p. — Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre, Paris, Eyrolles Éditions d'Organisation, 2006, 283 p
- MORIN Edgar « Penser Global, l'humain et son univers » éditions Robert Laffont 2015, 135p
- STAUNE Jean, Les clés du futur réinventer ensemble la société, l'économie et la science, éditions PLON, 2015, 716p
- TRONTO Joan, 2009 [1993], Un monde vulnérable. Pour une politique du care, Paris, La Découverte 143p

CHAPITRES D'OUVRAGES :

- SAINSAULIEU Ivan in « sociologie du travail » Elsevier janvier-mars 2006 pp 72-87 « les appartenances collectives à l'hôpital »
- DROUIN HANS Anne Marie DACHEUX Éric in Les Utopies, recueil sous la direction d'Éric LETONTURIER, CNRS éditions (les essentiels d'hermès) p 149-165 (), pp165-180
- LAMARQUE Éric, « L'influence des valeurs liées à la RSE sur la gouvernance des firmes : le cas des banques mutualistes » in Le développement durable, théories et applications au management pp 69-81 éditions Dunod 2010
- MATHIEU Annelise et SOPARNOT Richard « Les stratégies de développement durable » in Le développement durable, théories et applications au management pp115-126 éditions Dunod 2010
- LANDRY Simone, Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints, le modèle des 3 zones dynamiques, 2007 p43

ARTICLES :

- BASTIDE Roger, « Mémoire collective et sociologie du bricolage » L'Année sociologique, vol. 21, 1970, pp. 65-108
- BRUGERE Fabienne, « Pour une théorie générale du « care » », *La Vie des idées*, 8 mai 2009. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>
- POS H.-J. *Revue Internationale de Philosophie* Vol. 1, No. 2 (15 JANVIER 1939), pp. 354-365
- KERRIDGE Joanna « leading change : 3 implementation » Vol 108 No 6 / Nursing Times 07.02.12
- DIEUMEGARD Gilles, SAURY Jacques, DURAND Marc, « L'organisation de son propre travail : une étude du cours d'action de cadres de l'industrie. », *Le travail humain* 2/2004(Vol.67),p. 157-179
URL: www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2004-2-page-157.htm.
DOI : [10.3917/th.672.0157](https://doi.org/10.3917/th.672.0157).
- ASSELINEAU Alexandre, PIRE-LECHALARD Pierre, « Le développement durable : une voie de rupture stratégique ? », *Management & Avenir* 6/2009 (n°26)p. 280-299

URL: www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-6-page-280.htm.

DOI : [10.3917/mav.026.0280](https://doi.org/10.3917/mav.026.0280).

- BRUNELLE Y, « 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* 1/2009(Vol.40),p. 39-48

URL : www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm.

DOI : [10.3917/pos.401.0039](https://doi.org/10.3917/pos.401.0039).

RESSOURCES WEB :

- AFNOR, norme ISO 14001 : <http://www.iso14001.fr/> consulté le 08/01/2016
- ANAP : Agence Nationale d'Aide à la Performance : <http://www.anap.fr/outils/moteur-de-recherche/moteur-de-recherche/resultats/?q=developpement+durable&id=164&L=0>
- APEC : <http://annuaire-metiers.cadres.apec.fr/metier/sante---social/cadre-de-sante-chef-de-service-paramedical#sthash.8HYzw2DR.dpuf> consulté le 5 mars 2016
- BRUNTLAND Gro, Rapport « Our common Future » http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/sites/odysee-developpement-durable/files/5/rapport_brundtland.pdf consulté le 30/12/2015
- C2DS : (association) comité pour le développement durable en santé : <http://www.santedurable.fr/outils/le-barometre/>
- Comité 21, site officiel : <http://www.comite21.org/docs/economie/rse/clevoor-rh-et-dd-2012.pdf> consulté le 21 mars 2016
- Fédération Hospitalière de France : <http://www.fhf.fr/Developpement-durable/Documents-de-referance/RSE-La-responsabilite-societale-pour-les-nuls> consulté le 01/03/2016
- FLIPO F., Le développement durable est-il l'avenir de la démocratie ? <http://www.cairn.info/revue-du-mauss-2005-2-page-294.htm>
- Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_916964/fr/des-initiatives-dans-le-champ-hospitalier consulté le 10/01/16
- <http://www.c2ds.eu/> consulté le 06/03/2016
- Ministère des affaires sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/convention-3.pdf> consulté le 01/03/2016

- Site des Nations Unis sur l'Agenda 21
: <http://www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/action0.htm> et
<http://www.agenda21france.org/> consultés le 8 janvier 2016

TEXTES LEGISLATIFS :

- Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement
- Loi n° 2010-78 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement. Dites loi grenelle II
- LOI n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte
- Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Table des annexes

Annexe I : questionnaire exploratoire

Annexe II : grille d'entretien

Annexes III : verbatim de l'entretien 1

Annexe IV : analyse de l'entretien 2

Annexe V : mythe du colibri

Annexe I : questionnaire exploratoire

Questionnaire envoyé en pièce jointe d'un mail à la promotion DCS 15-16 en novembre 2015.

Je vous demande de bien vouloir répondre à ce bref questionnaire. Il m'aidera à affiner ma question de départ et à mieux cerner ma problématique.

Il suffit de 10 minutes maximum pour y répondre et je vous demande de le faire en mobilisant vos connaissances et sans utiliser de supports. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Merci d'avance pour votre aide.

NOM :

Prénom :

Poste occupé avant l'entrée en IFCS : Comment définiriez-vous le concept de « développement durable » ?

- 1) Votre structure d'origine a-t-elle entamée une démarche (projet) de développement durable ?**

- 2) Si oui, y avez-vous participé ? Savez-vous qui en est à l'initiative ?**

- 3) Comment définiriez-vous, au sein de votre structure d'origine, la « culture d'établissement » ? (Quelles sont les valeurs prônées par votre établissement s'il y en a ?)**

Pouvez-vous me parler de votre poste ? Depuis quand l'occupez-vous ? Depuis quand êtes-vous cadre ? Participez-vous à un projet développement durable dans votre établissement ? Pouvez-vous m'en dire plus ?

- 1) Quelles sont les valeurs professionnelles importantes à vos yeux pour un cadre de proximité ?**

- 2) Pour vous qu'implique le développement durable ? comment définiriez-vous ce concept ? Quelles en sont les applications concrètes ?**

- 3) Comment réagit l'équipe face aux changements qu'apporte ou que risque d'apporter le développement durable dans le service ?**

- 4) Comment accompagnez-vous ces changements ?**

- 5) Pour vous, est ce que le développement durable est compatible avec l'activité de soin ?**

Durée de l'entretien 26 min 36 secondes. Réalisé en mars 2016 Retranscription fidèle de l'entretien. Les parties en gras représentent mes interventions.

Vous êtes cadre de santé de nuit depuis combien de temps ?

Sur le Centre Hospitalier, avant j'étais cadre de jour ; pas de nuit. Ça va faire 3 ans, ça fera 3 ans en juin.

Vous êtes cadre depuis longtemps ?

Cadre ça fait 10 ans mais en fait je suis cadre médicoteknique je ne suis pas cadre, enfin je suis cadre de soin, j'étais en imagerie médicale puis j'ai fait tout le cursus. Et après voilà je me suis positionné en cadre de nuit parce que j'étais intéressé par les problématiques et thématiques, faire de la transversalité

Une question qui découle de celle-là. Quelles sont les valeurs professionnelles importantes pour vous en tant que cadre ? Si vous deviez définir le métier vous mettriez quoi dedans ?

Cadre c'est l'équité, respect de l'équité des valeurs, c'est un communicant, ça doit être, en gros c'est un mot un peu bateau mais ça doit être un exemple. C'est un exemple. Il faut qu'il soit moteur et exemplaire si ce n'est pas ça ; il faut qu'il soit visionnaire. Il faut qu'il puisse anticiper les situations. Donc voilà il faut vraiment qu'il ait un champ large. C'est pour ça que je dis que c'est important de ne pas se limiter à sa fonction de cadre il faut élargir le champ des possibles. Parce que ça permet d'avoir une bonne vision et d'interagir dans des situations pas faciles.

Je vais en venir au développement durable. Si vous deviez définir le développement durable en quelques mots facilement accessibles, compréhensibles pour tout le monde ?

Développement durable c'est déjà essayer de laisser aux générations futures une planète dans un bon état. C'est déjà une sensibilisation ; une responsabilité. C'est déjà nous : qu'est-ce qu'on est capables de faire à notre niveau. En règle générale c'est ça C'est comment on s'inclut (...) dans la société. Quelle est notre place, notre

part de responsabilité par rapport à nos actes. (...) et puis après en comme on discutait en termes de management c'est comment on peut amener les gens à une sensibilisation une réflexion globale et sur leurs pratiques comment améliorer leur pratique par rapport à ça.

Ok c'est pas mal comme définition

C'est toujours dans un contexte une perspective de qualité et d'amélioration continue.

La formation que vous avez suivi sur la qualité et le dd c'était un souhait de votre part, c'est votre établissement qui vous a...?

(Rires) Non, non non, je le fais de moi-même parce que ça me paraît important, par rapport à l'expérience que j'ai, je me dis que c'est quand même intéressant de pas mettre la qualité de côté donc la qualité au quotidien dans un établissement de santé elle est partout.

Donc il faut effectivement se nourrir de la qualité, penser qualité et le développement durable s'inscrit complètement là-dedans. Donc voilà. Ce sont des thématiques (...) Actuelles voilà il faut s'en servir et je pense que c'est important de pas l'oublier.

Sur le développement durable vous parliez de responsabilité et de pratiques. Quelles seraient les pratiques qui selon vous seraient impactées qui ont un impact sur le pour les générations futures et qui du coup doivent être repensées en priorité ?

Au sein de l'hôpital ? C'est ça ?

Au sein d'un service, d'un service de soins.

Ben tout. C'est ben on parlait des déchets c'est vraiment le basique ben pour un soignant un déchet dieu sait que l'hôpital est pourvoyeur de déchets donc c'est comment effectivement on gère toute la chaîne, le soignant il est tout au début de la chaîne de soin et donc comment il gère effectivement à ce niveau-là les déchets. Quelle est sa responsabilité. Par rapport à ça, quel est le temps qu'il y passe ? Quelle est sa réflexion ? voilà comment à un moment donné il peut s'analyser, s'autoanalyser et se dire est ce que je fais bien, est ce que je ne fais pas bien ? Le cadre derrière il vérifie, il peut accompagner expliquer le pourquoi le comment et bien sûr améliorer.

Mais voilà ça peut être un point de départ. Après en fait il y a d'autres (...) Choses, après c'est des atteintes. Le développement durable en fait c'est partir d'une réflexion et d'une action micro pour aller vers une globalité partir vers quelque chose de macro. On ne peut pas parler de dd, vraiment faire quelque chose de très très large. Il faut vraiment partir du basico basique c'est basicobasique et après effectivement ça se construit.

Oui, L'activité soignante produit des déchets...

C'est ce qu'on appelle des démarches incrémentales, pas à pas. Faut aller petit à petit. Il vaut mieux aller surement, petit à petit c'est comme ça qu'on construit quelque chose. Ça ne sert à rien d'avoir des objectifs et essayer de mettre des choses en œuvre au sens large parce que ça n'a pas d'impact.

Il faut déjà bien expliquer. Déjà pour qu'une politique de dd soit opérationnelle il faut déjà qu'il y ait une impulsion au niveau de la direction probablement une démarche particulière. On peut le faire effectivement au niveau d'un service au niveau micro mais il faut vraiment qu'il y ait une démarche hospitalière institutionnalisée.

Il faut un soutien que ce soit dans le projet institutionnel de l'établissement.

Voilà, comme les projets de soins et tout ça il faut que ce soit institutionnalisé. Autrement c'est assez compliqué parce que sinon on reste toujours au niveau micro.

Oui et puis Vous disiez que le personnel doit être informé et donc formé

C'est la communication. Communication, formation

Forcément ça doit être pensé à l'échelle de l'établissement pas d'un service.

Effectivement, bien sûr, parce que les formations ça a un coût ça engendre un coût. Si on communique mal ça mobilise pas les gens, donc il faut vraiment expliquer le pourquoi et le comment, après il faut envoyer les gens en formation, pour qu'ils acquièrent des compétences.

Après on peut mettre des choses en place, du management en place pour qu'il y ait du suivi de l'accompagnement des audits de fait de l'amélioration continue des indicateurs et autres. Voilà

Ok Finalement est ce que l'activité de soin, (...) est ce que c'est facile de la rendre compatible avec une réflexion comme ça sur le, Oui, la responsabilité des actions ?

Oui parce que c'est du pratico pratique, si on cherche une thématique pratico pratique bien sûr que c'est facile de l'atteindre, ça sensibilise les gens si automatiquement on leur explique le pourquoi le comment qu'à un moment donné sur leurs pratiques ça va pas ce n'est pas comme ça qu'on fait, les déchets par exemple c'est le truc lambda basique et ça, ça parle à tout le monde. Donc à un moment donné les gens sont sensibilisés. On sait pertinemment que à force de faire les gestes répétitifs, au fur et à mesure on fait les gestes de moins en moins bien donc à un moment donné c'est bien de pouvoir se repenser de pouvoir se (...), et ça c'est le rôle du cadre de dire à un moment donné on se pose. On dit voilà. On met les choses sur la table. Oui On met les choses sur la table, les pratiques il faut les repenser assez régulièrement. Ça fait pas de mal effectivement de se dire qu'il faut aller dans le bon sens. Donc ça oui les déchets je pense que c'est un...

Un bon moyen ?

Oui c'est un bon moyen, c'est un bon vecteur.

Et d'après vous est ce que l'équipe réagit, enfin est favorable ça ce genre de changement de pratiques ? Est ce qu'elle est plutôt résistante ? Parce que finalement, là où je veux en venir....

Le changement ?

Le changement déjà et il y a une part de (...), la responsabilité ça implique forcément de se sentir responsable de ce qu'on a fait et se rendre compte dire qu'on a mal fait pendant...

C'est ce que je dis, c'est qu'en fait il faut repenser ses pratiques. À un moment donné Chacun est responsable en plus quand on travaille dans un milieu professionnel tel que l'hôpital, les responsabilités elles sont un peu plus exacerbées donc à un moment donné il faut être responsable de ce qu'on fait. On est responsable de la chaîne de soin. Le soignant est responsable de ça à un moment donné il doit se remettre en cause en question par rapport à ses pratiques, à ce qu'il doit faire. Oui bien sûr c'est compliqué parce que ça peut être compliqué à expliquer ou à faire repenser le changement de ses pratiques à quelqu'un qui exerce depuis 20 ans ou 30 parce qu'effectivement il aura pris des habitudes et que les habitudes dieu sait que c'est difficile à remettre en cause et le changement parce que les gens sont aussi réticents au changement et à un moment donné c'est pour ça qu'on passe par des étapes de communication parce que c'est important d'expliquer le pourquoi et le comment ; et de dire voilà quel est l'intérêt de la chose, voilà l'objectif quel est l'objectif et l'intérêt. Si vous ne donnez pas l'objectif et

l'intérêt par rapport à ce que vous expliquez. Les gens ne vous suivront pas. Parce qu'ils entendront d'une oreille. C'est la communication. La communication c'est double canaux, c'est émetteur et récepteur. Si vous avez que l'émetteur et que le récepteur ne fonctionne pas les gens seront jamais captifs. Donc faut que vous puissiez capter. C'est pour ça que.... Le cadre, le cadre soignant, de santé il est là aussi pour capter l'attention des gens en expliquant en communiquant. On n'explique jamais, on ne communique jamais suffisamment. C'est vraiment la pierre angulaire. C'est très très important d'expliquer. Et là votre crédibilité de cadre fait qu'à un moment donné les gens vous suivent, vous êtes capables de mettre les choses en place tout ça c'est du management.

Oui. Et.... Finalement si on part sur du concret concret. Quel est le meilleur moment pour passer ce message, quelle est la meilleure manière de le faire est ce que c'est des réunions tout le monde ensemble, par corps professionnels ? Est-ce que c'est par... ?

C'est des accompagnements. Le meilleur moment c'est quand on a une équipe stable. Il faut avoir un service stable, des équipes stables, pas forcément trop de turn over par ce que c'est compliqué parce que vous êtes plutôt focalisé, mobilisé sur le turn over et vous ne pourrez pas capter l'équipe faut que l'équipe soit sur un travail collaboratif et qu'une certaine routine se soit installée. Donc là effectivement vous pourrez mettre ... Parce que comme je vous dis les déchets c'est quand même un sujet important mais ce n'est pas un sujet majeur. Après il y a des choses, dans l'ordre des priorités qui sont plus prioritaires. Ça c'est des choses qu'on peut mettre en place sur une routine de service. Il faut que les équipes soient stables. Il faut bien leur expliquer, ça passe par la sensibilisation la communication et après c'est effectivement du travail de groupe. Donc c'est comment impulser la dynamique mais après c'est aussi comment je parle de responsabilité. Comment les gens s'inscrivent dans une démarche participative. Les gens formalisent des groupes on les accompagne, on leur donne des outils on explique.

Est-ce que finalement ce n'est pas un peu une situation idéale ça, une équipe stable, une équipe qui ou on arrive à mettre en place une démarche participative ? Est-ce que c'est possible dans un service ?

L'équipe stable au jour d'aujourd'hui c'est compliqué parce que les soignants, c'est les stats qui montrent ça, les gens sont de moins en moins, restent de moins en moins dans les services. Il y a beaucoup de turn over. De rotations. Après les gens ont le cadre qu'ils méritent et vice versa. À un moment donné il faut trouver un

consensus entre les deux, l'équipe peut ne pas fonctionner sans cadre et le cadre sans soignants. Donc faut trouver un juste milieu, c'est à vous de construire votre équipe pour qu'il y ait une pérennité donc à vous de mettre les choses en place, d'expliquer, de manager pour qu'effectivement votre équipe soit opérationnelle. Une fois que vous avez essayé de construire un climat de confiance, un climat de travail là à mon avis c'est quand même plus facile pour mettre les choses en place. Si ce n'est pas le cas c'est compliqué.

On ne lance pas de projet dans un...

Toujours c'est compliqué. Si il n'y a pas de projet de soin, pas de projet médical, pas de projet d'établissement....

Oui

Ça n'a pas de sens. Il faut donner du sens à ce qu'on fait. Et les soignants ils ont besoin d'avoir du sens et le cadre il ne peut se nourrir que de ça. Si il n'y a pas de sens, de projet, d'objectif, c'est compliqué.

Par rapport au sens, est ce que tout le monde est sur la même longueur d'onde par rapport à ça ? Va dans la même direction ? Est ce qu'il y a des divergences irréconciliables dans une équipe ?

Tout le monde ne va pas forcément dans le même sens mais le cadre il est là pour que tout le monde aille dans la même direction. Et en fait le sens c'est le patient. La centralité.... du soignant c'est le patient. On est là pour donner du soin au patient. DoncLa pierre angulaire le principal c'est le patient. Il faut tout construire après autour du patient. Il faut bien se rappeler de ça et rappeler aux soignants qu'on est là pour le patient.

Donc c'est construction d'équipe avec des horaires compatibles avec les soins. Voilà

Un épanouissement personnel aussi ?

Oui. Voilà

On est dans toutes les problématiques managériales.

Oui voilà et c'est pour ça que je parlais d'équité aussi et que c'est important pour que la fusion et le management se fasse. il faut être équitable aussi, il faut manager dans l'équité. Si vous n'êtes pas là-dedans non plus vous créez des distorsions et automatiquement le message ne passe pas bien ou très mal.

Par rapport, par exemple aux déchets en particulier, est ce que c'est facile de faire le lien avec le patient pour une équipe ? Parce que là on parle de sens, on est là pour le patient, donc la thématique des déchets qui est très

concrète certes mais qui partait très déconnectée de l'intérêt du patient est ce que c'est facile d'aller dans cette direction-là ?

Moi je ne suis pas sûr que ce soit déconnecté de l'intérêt du patient. Tout le monde s'y retrouve. Tout le monde est partie prenante dans la gestion des déchets donc non le patient va s'y retrouver automatiquement. Non non non je ne pense pas. On ne peut pas laisser des... ; Tout le monde est inclut dans la boucle. C'est-à-dire que si le soin est bien donné si les déchets sont bien traités le patient s'y retrouve automatiquement. Le service s'y retrouve, le patient s'y retrouve, l'établissement s'y retrouve, toute la chaîne s'y retrouve. C'est pour ça que je vous dis que c'est important parce que si vous ne faites pas tout le processus de la chaîne telle qu'elle devrait être, automatiquement il y a des ratés. Bien sûr que le patient s'y retrouve.

Oui il y a la question du coût aussi...

Bien sûr, ça va automatiquement agir sur le coût donc automatiquement on peut rationaliser les coûts donc avoir des tarifs moins chers, ça fait aussi entrer des organismes autres, ça fait tout ce qui est gestion des déchets alimentaires vous pouvez aussi avoir une filiale extérieure ou travailler avec une association pour que les barquettes pas utilisées puissent repartir à l'extérieure il y a plein de choses. Donc le patient c'est dans sa globalité, interne et externe. C'est les gens à l'extérieur. Tout le monde s'y retrouve.

Oui donc finalement c'est bon pour l'équipe, pour le patient, pour la société.

Oui voilà, c'est indirect ou direct mais tout le monde est partie prenante dedans bien sûr. Que ce soit le directeur au soignant, à la logistique au patient. D'ailleurs des thématiques comme ça, quand on parle du dd on parle de parties prenantes, internes et externes donc c'est tout le monde. Dès qu'on fait des travaux de groupes on fait rentrer tout le monde dans ces thématiques-là., tout le monde se met autour d'une table discute et essaie de voir ce qu'on peut faire et ce qu'on peut améliorer. Bien sûr oui, dans les hôpitaux la CRUQPC existe, c'est la voie importante du patient où des représentants des patients. Tout le monde s'y retrouve.

Et finalement quels seraient les freins ? On parle beaucoup de dd aujourd'hui mais finalement quand on va dans le concret c'est compliqué. Finalement quels seraient les freins principaux ?

Les freins principaux c'est que ce n'est pas une priorité. Le dd tout le monde est conscient que ça existe, qu'il faut faire des efforts et être sensibilisé à ça mais n fait ce n'est pas une priorité parce que c'est encore trop vague et trop conceptuel. Et faut, on en parlait tout à l'heure c'est un changement, un changement radical. C'est... Voilà ; les gens sont conscients qu'il faut le faire, ils sont partants mais c'est compliqué une fois devant. C'est compliqué à mettre ne place parce que c'est jamais une priorité des établissements.

Finalement là où ça marche il faut que la direction soit sensibilisée et mette les choses en place ?

De toute façon des que vous commencez à parler de qualité il faut qu'il y ait une impulsion qualité. Il faut une politique qualité clairement définie au sein de l'établissement. Aujourd'hui, les politiques qualités elles sont centralisées ou dirigées par rapport à l'has, qui oblige à cause des certifications donc on rentre tous là-dedans. Mais il n'y a pas que ça. Ya tout la politique de santé qui peut exister. Le dd fait partie de la politique de santé. Il faut effectivement une impulsion de la direction. Si les objectifs sont pas clairement édité par la direction vous allez faire du dd pas coopératif mais indépendant, chaque service où le cadre sera sensibilisé et se dire oui c'est pas mal on peut améliorer et ça restera au niveau micro et pas macro. Et ce qui est important c'est que ce soit élargi à l'hôpital. Parce que vous pouvez avoir un soignant dans un service un jour et celui d'un autre service le lendemain. Si effectivement tout le monde est globalisé...

C'est plus simple,

Oui c'est plus simple, et au moins ça a un sens. Tout le monde s'y retrouve et tout le monde essaie de faire en sorte ; si vous êtes obligé à chaque fois de reformer les gens parce que vous avez une thématique dd et que la mayonnaise elle ne prend pas vous allez vous épuiser.

Et donc pour un cadre de santé par rapport à cette thématique, il est dans l'opérationnel vis-à-vis de son équipe, mais est ce qu'il n'a pas aussi un rôle d'interface vis-à-vis de sa direction ? Pour sensibiliser

Oui bien sûr, si, il doit être force de proposition, il doit être force de proposition il sert de courroie de relai, de transmission entre la direction et les soignants. À un moment donné son rôle c'est de faire remonter l'information des soignants.

Oui ascendante, descendante transversale...

Oui et machin truc, en fonction de la hiérarchie et doit retransmettre ce que dit la direction. Effectivement le cadre est important parce qu'il est la courroie de transmission entre la direction et les soignants et il doit être force de proposition ; il est visionnaire, il doit anticiper il essaye de faire des propositions par rapport à ce qui se passe. C'est pour ça que ce n'est pas parce que ça n'existe pas ou que ça a du mal à se mettre en place qu'il ne faut pas essayer de le faire. Et le cadre doit impulser cette dynamique. Et dire voilà c'est important de le faire et expliquer pourquoi. Parce que ce n'est pas le tout de dire que c'est important faut monter le projet, faire une étude et expliquer le pourquoi et le comment. Ce que vous expliquez aux soignants, vous l'expliquez à la direction. C'est les mêmes démarches. Pas le même niveau mais la même démarche.

Peut-être pas les mêmes termes peut être, les mêmes arguments du coup ?

Exactement Oui ce ne sont pas les mêmes arguments, si vous montez un projet envers la direction il faut mettre en avant les problématiques financières, pour les soignants ce sont les thématiques soignants patients. Ce ne sont pas les mêmes cibles. Il faut adapter son discours. C'est pour ça qu'il faut être polyvalent, faut pouvoir adapter son discours. Et faut avoir les compétences et monter en compétences pour pouvoir adapter son discours. Si vous montez, et allez voir la direction sans un discours clair et net vous ne serez pas pris au sérieux. Il faut monter en compétences, faire des formations, aller plus loin que le métier de cadre. Faut élargir son champ des possibles.

Là vous prêchez un convaincu.

Rires. Vous avez choisi cadre pourquoi ? pourquoi avoir fait cette formation ?

Houlà c'est une question difficile.

C'est quoi votre intérêt, la motivation ?

Ce n'est pas que je commençais à en avoir marre des soins mais j'avais envie de passer de l'autre côté du miroir pour voir comment s'organisent les choses. D'essayer de les organiser et de les améliorer quand c'était possible. Je n'ai pas eu forcément que des bonnes expériences de managers donc j'avais envie de voir si c'était possible de faire mieux et la seule façon de le savoir c'est d'essayer donc...

Et vous travaillerez où après ?

Je ne sais pas encore, je cherche une petite structure, une structure à taille humaine je pense que c'est plus simple pour débiter ?

Oui ce n'est pas mal d'avoir une petite structure pour commencer. Faut faire son expérience au baba et après monter en compétences. Faut y aller progressivement c'est de l'incrémental, y aller pas à pas.

Bon pour revenir au sujet du dd. Un cadre de santé qui veut être moteur dans une dynamique de dd, quelles compétences il devrait posséder par-dessus tout ?

Ben il faut déjà qu'il sache de quoi il parle, il faut les connaissances et peut être pas forcement faire un master mais faire des formations. Par exemple si on parle de déchets fut avoir fait des formations dessus, si on parle économie d'énergie faut avoir fait des formations pour. On ne peut pas parler de sujets si on ne le connaît pas. Vous arriverez jamais à mobiliser des gens si vous ne savez pas de quoi vous parlez. Il faut savoir de quoi vous parle, argumentez... et vraiment y croire. Si vous n'y croyez pas...

Ils n'y croiront pas non plus...

Ben non ils n'y croiront pas et puis c'est un leurre parce que vous n'allez pas tenir, enfin quand vous voulez vraiment faire du changement ce n'est pas sur une semaine le changement, c'est sur une période. Il faut être vraiment motivé.

À l'école on nous dit que le changement peut mettre 5 ans à se mettre en place...

Oui ça dépend du projet mais ça peut être long en effet. Quand on parle de projet c'est à court, moyen ou long terme. Après c'est à vous de vous calquez sur ce que vous voulez faire comme projet.

Heu mais si vous n'y croyez pas ou que vous n'avez pas les compétences, ça ne marche pas.

Oui... Et les cadres, est ce qu'ils ont le temps, est ce qu'ils prennent le temps de monter en compétences ?

Non, non, non, non parce qu'après tout dépend ce que demande l'institution au cadre. Ce que le cadre voit de sa fonction mais ce que l'institution demande. Si on ne vous demande pas d'avoir les compétences adéquates. On inversement vous avez les compétences mais on ne veut que vous les mettiez en action parce que ça peut faire peur des gens avec des compétences. Automatiquement avec des compétences vous allez argumentez pour faire avancer les choses ou au contraire dire que ça ne va pas le discours contraire et expliquer. Ça plait ou ça ne plait pas.

Les institutions ne demandent pas forcément au cadre de toujours monter en compétences ou alors c'est ciblé.

Là on est dans les jeux d'acteurs ?

Oui, de toute façon c'est le problème de pouvoir. Plus vous montez en hiérarchie plus vous êtes confrontés aux situations de pouvoirs.

J'ai fait le tour des questions principales. Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Annexe IV : Analyse de l'entretien 2

Éléments significatifs par question	Concept utilisé
<p>Valeurs professionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Harmonie dans les projets -Chef d'orchestre, 	<ul style="list-style-type: none"> -Notion d'équité, de justice -Notion de cadre vecteur de sens
<p>Définition du développement durable :</p> <ul style="list-style-type: none"> -trouver le juste milieu -tenir compte des ressources à disposition <p>Exemples : gaspillage alimentaire et gestion des déchets, la gestion des RH</p>	<p>Notion d'équilibre dynamique et d'efficience</p>
<p>Réactions de l'équipe face aux changements en lien avec le développement durable :</p> <ul style="list-style-type: none"> -peu impliqués car pas assez concret -le terme « développement durable » fait peur -la culture n'est pas suffisamment portée par les instituts de formation 	<ul style="list-style-type: none"> -implication/ concernés -le poids des mots -le rôle de l'apprentissage dans la culture
<p>Comment le cadre accompagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le cadre fait le lien avec les autres parties prenantes -le cadre doit se changer pour changer les habitudes de son équipe -le cadre ne doit pas s'éparpiller, un projet à la fois 	<ul style="list-style-type: none"> -cadre de santé à l'interface entre équipe/extérieur -force de la conviction personnelle -démarche incrémentale
<p>Compatibilité du développement durable et activité de soin :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Compatible mais c'est très long à mettre en œuvre -La démarche doit venir d'en haut -Il faut faire la synthèse de ce qui existe et s'ouvrir aux autres, montrer l'intérêt à l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> -Notion de temporalité -Notion de leadership, de l'implication de l'autorité -Notion d'ouverture et de vecteur de sens

Annexe V : Le mythe du colibri

Il s'agit d'une légende amérindienne d'Amazonie.

« Un jour, un incendie terrible se déclencha dans la forêt brulant tout sur son passage.

Les animaux, effrayés, allèrent tous se réfugier dans le cours du fleuve espérant que l'eau arrêterait l'incendie.

Le minuscule colibri, lui, faisait des allers-retours entre le front des flammes et le fleuve en prélevant à chaque fois quelques gouttes dans son bec pour les larguer sur les flammes.

Le tatou, observant cette manœuvre depuis quelques temps arrêta le colibri pour lui dire :

-Je ne comprends pas ce que tu fais, tu te rends compte que tu n'éteindras jamais l'incendie avec les quelques gouttes que tu tiens dans ton bec ? Cela ne sert à rien. »

Le colibri lui répondit :

-Je sais, mais moi au moins je fais ma part. »

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Le développement durable à l'hôpital
La place du cadre de santé dans la conduite du changement culturel

AUTEUR

Wilfried BÉTOURNÉ

MOTS CLÉS

Développement durable, cadre de santé, management, acculturation, conduire le changement, culture

KEY WORDS

Sustainable development, nurse manager, management, acculturation, leading change, culture

RÉSUMÉ

Le développement durable est amené à prendre une place de plus en plus grande dans les établissements de santé dans les années à venir. Pourtant les soignants restent souvent simples spectateurs de cette démarche. La question se pose de savoir en quoi le cadre de santé peut-il accompagner ce changement d'ordre culturel pour le rendre pérenne auprès de l'équipe qu'il encadre.

Pour ce faire je suis allé à la rencontre de 6 cadres de santé dans des établissements ayant une démarche institutionnelle de développement durable. J'ai réalisé des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien. L'analyse des données collectées et leur mise en relation avec mes recherches théoriques, notamment celles sur le changement culturel (acculturation), montrent que la conduite du changement culturel s'apparente à une démarche projet. Mon hypothèse se vérifie en partie. Elle nécessite pour le cadre de santé de se positionner en leader et d'avoir une vision stratégique. Elle nécessite également d'avoir soi-même accepté ce changement.

ABSTRACT

Sustainable development is going to take a place more and more important in the healthcare facilities in the years to come. However, caregivers are often, simply, bystanders of this situation. The question is to know in which way the nurse manager can accompany this cultural change to make it sustainable for the team he's taking care of.

To do it I met 6 nurse managers in health care facilities involved in a sustainable development project. I've made semi-structured of a non-directive nature and comprehensive interviews helped by an interview framework. By analysing collected data and linking them with my conceptual framework, especially the part about cultural change (acculturation phenomenon), I was able to conclude that leading cultural change can be assimilated to a project approach. My hypothesis is verified in a way. The nurse manager has to position himself as a leader and must have a strategic vision. He also needs to have himself accepted this change.