

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Le cadre de santé au cœur d'un système

Emilie DA COSTA

DCS@17-18

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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier infiniment Anthony TUYTTEN, mon directeur de mémoire, qui a su m'accompagner, m'encourager, me motiver tout au long de ce travail. Je tiens à le remercier pour sa disponibilité, sa patience et ses conseils avisés.

Je remercie tous les acteurs et formateurs de l'ESM pour leurs échanges et leur soutien sans faille ainsi que tous les professionnels de santé qui ont accepté de répondre à mes questions, dans le cadre de mes enquêtes.

Et je remercie tout particulièrement mes collègues de promotion de l'ESM, ainsi que ceux du master, qui ont été d'un grand soutien au cours de cette formation et de l'élaboration de ce mémoire. Pensées toutes particulières à Simon CORBIN, Bérangère SIMON et Pascale GATIER.

Enfin et surtout, je tiens à remercier mon compagnon et ma fille ainsi que toute ma famille, mon entourage, qui ont su m'épauler et rendre cette année plus supportable.

Sommaire

Introduction.....	1
Le contexte expérientiel.....	2
1 De 2008 à 2011 : mes débuts d'IDE	2
2 Ma première approche en tant que FFCS	2
3 Le poste de CDS en HAD	3
4 Le poste de CDS en EHPAD	4
Le cadre de référence théorique	8
5 Le système hospitalier en France	8
5.1 La « Grande Transformation » hospitalière	8
5.2 L'organisation et répartition des pouvoirs	10
6 L'hôpital est-il une entreprise ?	12
6.1 L'histoire du financement de l'hôpital	12
6.2 Le nouveau mode de financement : la T2A	13
6.3 L'avenir de la T2A	14
7 La conduite du changement	16
7.1 Le changement	16
7.1.1 Une définition complexe	16
7.1.2 L'apparition dans les organisations	17
7.2 La conduite de changement	17
7.2.1 La pratique	17
7.2.2 La résistance au changement	18
7.3 La gestion de conflit	20
8 L'histoire et la construction des valeurs soignantes	23
8.1 L'histoire des soignants : le corps médical et paramédical	23
8.1.1 Le corps médical	23
8.1.2 Le corps des paramédicaux	24
8.2 L'évolution de l'équipe soignante	25
8.2.1 Le cure/le care	25
8.2.2 L'équipe soignante	26
8.3 Les soignants du service public	27
8.3.1 Le service public hospitalier	27
9 La place du Cadre de Santé	28
9.1 L'histoire de l'évolution d'une profession récente	28
9.2 Du premier diplôme à nos jours	29
9.2.1 De 1950 à 1990	29
9.2.2 De 1990 à nos jours	29
9.3 L'évolution des compétences du CDS	30
9.4 Le management du changement	32
9.4.1 Le management	32
9.4.2 La place du cadre dans le changement	33
10 La synthèse du cadre de référence théorique	34
L'enquête	36
11 La méthodologie de l'enquête	36
11.1 Le choix de la population	36
11.2 Le choix de l'outil	36
11.3 Le déroulement de l'enquête	36
11.4 Lieu d'enquête	37
11.5 Les limites et difficultés	37

12	La Présentation des résultats	37
12.1	La présentation générale.....	37
12.2	Les résultats des catégories socio-professionnelles.....	38
12.2.1	Les directeurs.....	39
12.2.2	Les médecins.....	39
12.2.3	Les CDS	39
12.2.4	Les soignants	39
12.3	Les résultats sur les différents thèmes.....	39
12.3.1	Le système de santé et ses évolutions	40
12.3.2	L'hôpital entreprise	42
12.3.3	La conduite du changement.....	44
12.3.4	Les valeurs soignantes	46
12.3.5	La place du CDS.....	48
	L'analyse.....	50
13	Analyse des différents thèmes	50
13.1	Le système de santé en France	50
13.2	L'hôpital entreprise.....	52
13.3	La conduite du changement.....	53
13.4	Les valeurs soignantes	54
13.5	La place du CDS.....	56
14	La Synthèse de l'analyse.....	58
	Conclusion.....	59
	Bibliographie	60
	Annexes	

Abréviations

IFCS	I nstitut de F ormation de C adre de S anté
ESM	É cole S upérieure de M ontsouris
UPEC	U niversité P aris E st C réteil
CDS	C adre D e S anté
IDE	I nfirmièr(e) D iplômé(e) d' É tat
FFCS	F aisant F onction de C adre de S anté
SSRP SSRA	S oins de S uite de R éadaptation P olyvalent et S oins de S uite de R éadaptation A ddictologie
AS	A ide- S oignante
ASH	A gent de S ervice H ospitalier
CSS	C adre S upérieur de S anté
HAD	H ospitalisation A D omicile
IDE C	I nfirmièr(e) D iplômé(e) d' É tat C oordinatrice
ARS	A gence R égionale de S anté
DMS	D urée M oyenne de S éjour
IDE L	I nfirmièr(e) D iplômé(e) d' É tat L ibéral(e)
EHPAD	É tablishement H ébergement P ersonnes Â gées D épendantes
AMP	A ide M édico- P sychologique
ASG	A ssistante en S oins G érontologie
PASA	P ôle d' A ctivité et de S oins A daptés
UVP	U nité V ie P rotégée
CPOM	C ontrat P luriannuels d' O bjectifs et de M oyens
IRG	I nstitut de R echerche e n G estion
CHU	C entres H ospitaliers U niversitaires
PIB	P roduit I ntérieur B rut
ARH	A gence R égionale d' H ospitalisation
ARS	A gence R égionale de S anté
LFSS	L ois de F inancement de la S écurité S ociale
HPST	H ôpital P atients S anté T erritoire
GHT	G roupement H ospitalier de T erritoire
PRS	P rojet R égional de S anté
CTE	C omité T echnique É tablishement
CHSCT	C omité d' H ygiène de S écurité et des C onditions T ravail
T2A	T arifification A l' A ctivité
CNRS	C entre N ational de la R echerche S cientifique
EPRD	É tat P révisionnel des R ecettes et des D épenses
CPOM	C ontrat P luriannuel d' O bjectifs et de M oyens
TPER	T ableau P révisionnel des E ffectifs R émunérés
PMSI	P rogramme de M édicalisation des S ystèmes d' I nformation
GHM	G roupes H omogènes de M alades
GHS	G roupe H omogène de S éjour
DMS	D urée M oyenne de S éjour
IP	I ndice de P erformance
NPM	N ew P ublic M anagement
MCO	M édecine- C hirurgie- O bstétrique
ONDAM	O bjectif N ational de D épenses d' A ssurance M aladie
DREES	D irection de la R echerche des É tudes de l' É valuation et des S tatistiques
ESSEC	É cole S upérieure des S ciences É conomiques et C ommerciales
CERPICO	C entre d' É tudes et de R echerches en P sychologie I ndustrielle et C omportement O rganisationnel

ANAP	Agence N ationale d'Appui à la P erformance
ANIDEF	Association N ationale des I nfirmières D iplômées de l' É tat F rançais
GRIEPS	G roupe de R echerche et d' I ntervention pour l' É ducation P rofessions S anitaires et sociales
DGOS	D irection G énérale de l' O ffre de S oins
IPA	I nfirmier(ère) des P ratiques A vancées
AP-HP	A ssistance P ublique- H ôpitaux de P aris
CAFIM	C ertificat d' A ptitude aux F onctions d' I nfirmiers (ères), M oniteur (monitrice)
CAFIS	C ertificat d' A ptitude aux F onctions d' I nfirmiers S urveillant(e)
CCI	C ertificat C adre I nfirmier
LMD	L icence M aster D octorat
EHESP	É cole des H autes É tudes en S anté P ublique
HAS	H aute A utorité de S anté
DHOS	D irection de l' H ospitalisation de l' O ffre de S oins
FEHAP	F édération des É tablissements H ospitaliers et d' A ide à la P ersonne
FNCLCC	F édération N ationale des C entres de L utte C ontre le C ancer
CH	C entre H ospitalier
DAF	D irecteur A ministratif et F inancier
PH	P raticien H ospitalier
FFCSS	F aisant F onction C adre S upérieur de S anté
IBODE	I nfirmier(ère) du B loc O pératoire D iplômé(e) d' É tat
RPS	R isque P sycho- S ociaux
CREX	C omité de R etour d' EX périence
RMM	R evue de M ortalité M orbidité
DSI	D irection S oins I nfirmier
INDS	I nstitut N ational des D onnées de S anté
EMSP	É quipe M obile de S oins P alliatifs
EMASP	É quipe M obile A ccompagnement S oins P alliatifs

Introduction

Dans le cadre de mes études à l'Institut de Formation de Cadre de santé de École Supérieure de Montsouris, nous effectuons un travail écrit de fin d'études en lien avec le Module 3 « *Analyse des pratiques et initiation à la recherche* » et le Module 6 « *Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels* ».

Cet écrit a pour objectif d'explorer, de conduire et de produire une analyse approfondie afin de nous permettre d'appréhender les concepts de la recherche ainsi que la méthodologie et les outils de la recherche.

Mon questionnement initial s'est imposé à partir de mon expérience passée en tant qu'Infirmière (IDE), et Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS) : quelle place le cadre de santé possède-t-il dans notre système de santé ? **Comment peut-il concilier les valeurs soignantes dans un contexte socio-économique en pleine évolution ?**

Dix mois, pour réfléchir, approfondir cette place qui évolue au gré du système de santé, du lieu d'exercice, de la direction, de l'organisation, du groupe et de l'équipe soignante. Tant de références que j'ai cherché à définir pour pouvoir éclairer mon positionnement de future cadre de santé.

Ainsi, je vous propose de me suivre dans la réflexion de mon contexte expérientiel, duquel elle prend forme, jusqu'à la construction de ma question de recherche. Le cadre de référence théorique va me permettre d'approfondir le sujet grâce à la littérature sociologique, organisationnelle, directionnelle et managériale.

Puis, je confronterais mes hypothèses à la pratique, et ce, grâce à l'enquête de terrain. Je vous ferais part des résultats et de l'analyse que j'en tirerais.

Pour conclure, je vous présenterais l'analyse des résultats et des pistes de réflexion qu'a suscité ce travail.

Le contexte expérientiel

L'émergence de mon sujet naît de mon expérience professionnelle et de ma vision de la fonction de Cadre de Santé (CDS). Il me paraît par conséquent judicieux de vous présenter mon parcours professionnel de façon chronologique : vous exposer, dans un premier temps, mes débuts d'infirmière (IDE) pour évoquer ensuite mes différents postes de Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS).

1 De 2008 à 2011 : mes débuts d'IDE

J'obtiens mon Diplôme d'État Infirmier en mai 2008, après avoir bénéficié d'un contrat d'apprentissage avec la clinique Geoffroy Saint Hilaire de Paris, spécialisée en chirurgie. L'apprentissage me permet de mettre en application les notions théoriques acquises durant la formation et de me préparer progressivement à la fonction d'IDE. Le fait d'évoluer au sein du service de chirurgie vasculaire, pendant un peu plus d'un an, me permet de développer ma technicité et ma dextérité des soins.

En 2009, j'occupe un poste d'IDE en Soins de Suite de Réadaptation Polyvalent avec une unité d'Alcoologie (SSRP-SSRA). Les premiers mois me permettent de me familiariser avec la structure et de m'intégrer rapidement à l'équipe ; ce qui m'a permis de me rendre compte de ma capacité d'adaptation. Dans le même temps, je développe une certaine polyvalence nécessaire à la structure de soin et un travail de coordination avec les différents acteurs tels que les médecins, la CDS, les autres IDE, les aides-soignantes (AS), les agents de service hospitalier (ASH), les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, la psychologue, l'ergothérapeute et l'ostéopathe. Ce nouveau poste me donne l'opportunité d'acquérir l'expérience nécessaire pour une prise en charge globale du patient et de me familiariser avec le monde hospitalier.

Au début de ma carrière professionnelle, je n'ai pas conscience du rôle du CDS car en chirurgie le poste est vacant. Le passage dans le service public au Centre Hospitalier de Montereau (77) ouvre alors mon horizon professionnel ; en ayant une vision du monde public hospitalier et sur les missions du CDS.

En 2011, la CDS part en congé maternité : son absence me permet de prendre davantage de place au sein du service. En effet, il m'est alors possible de réaliser un travail de coordination entre les différents intervenants et cette nouvelle posture est reconnue par ma hiérarchie. Dans le même temps, j'apprends à gérer l'absentéisme, en les signalant rapidement, mais en y apportant également une solution. Je développe ma coordination dans la prise en charge des patients en addictologie, en planifiant ainsi les entrées et sorties.

Cette expérience me fait prendre conscience de la nécessité du CDS au sein d'une équipe tout en générant un désir d'évolution de ma carrière.

C'est au détour de mon entretien de développement que le projet de devenir CDS s'exprime. En effet, le CDS du service de SSRP-SSRA a pour projet de partir faire son année de formation au sein de l'IFCS et il me propose, en accord avec le cadre supérieur de santé (CSS), d'être la référente des plannings en son absence.

2 Ma première approche en tant que FFCS

Ainsi, septembre 2011 à juin 2012, je deviens référente des plannings. Dès lors, j'approfondis et développe mes compétences d'anticipation, de communication et de négociation. L'objectif étant de mettre en adéquation l'activité du service et les effectifs dans un objectif d'efficience.

A cet effet, je réalise que le CDS est le responsable paramédical d'un service dont la principale mission est de manager et d'animer une équipe tout en garantissant l'organisation du service et la mise en place de projet. Il a pour activité de concevoir les plannings tout en maintenant un nombre de compétences professionnelles suffisantes. Il planifie les activités, gère les moyens et adapte les ressources (techniques, financières, humaines et informationnelles).

Je mène ces objectifs avec entrain ce qui me vaut la proposition d'un poste de CDS dans ce service pour une durée de six mois. A cet effet, je comprends mieux la culture hospitalière et me familiarise avec les « rites d'usage » : les nombreux mails et les multiples réunions. Je dois avouer que, lorsque j'étais IDE, je n'avais pas conscience de ce travail parallèle ou invisible entre les équipes soignantes et les directions.

Je découvre alors les responsabilités du CDS telles que l'organisation du service et la supervision des soins. Je participe, avec l'aide du CSS, à la mise en place d'une nouvelle organisation de travail, à savoir la sectorisation du service par binôme

AS-IDE. Ce changement perdure encore aujourd'hui et a été amélioré par la CDS, dès son retour de congé maternité. En parallèle, je participe au recrutement des AS et des IDE en appréciant le fait d'organiser l'accueil, l'intégration et le suivi des étudiants.

J'ai dû ainsi me positionner en tant que FFCS. Cet exercice demandait une introspection et la confrontation de certaines de mes valeurs. Avec le recul, aujourd'hui je suis capable d'affirmer que lors de cette expérience, j'ai demandé beaucoup de rigueur à l'équipe en considérant le postulat suivant : si j'en suis capable, pourquoi pas eux ? **C'est pourquoi cette première expérience m'apporte les premières notions de modération.**

Mon projet d'évolution prend réellement forme à partir de cet instant précis mais il m'a fallu être patiente : la situation budgétaire de l'établissement ne permettant pas d'obtenir un poste permanent. Je reprends donc mes fonctions d'IDE au sein du service. Bien entendu, cette situation nourrit quelques appréhensions de ma part ; car il n'est pas évident de reprendre sa place au sein d'une équipe qu'on a managée les mois précédents. Finalement, ma reprise au sein des équipes s'est bien déroulée.

Dans l'attente de la proposition d'un poste de FFCS sur un poste vacant, un poste d'IDE auprès des équipes du pool, m'est proposé afin d'étoffer mes capacités d'adaptation, de souplesse et de m'ouvrir aux autres services. Durant un an, je me détache du service de SSRP-SSRA et appréhende les différentes organisations de soins au sein du pôle d'urgences-médecines. En accord avec la Direction des Soins et le cadre de SSRP-SSRA, je participe à l'élaboration de projets dits qualité dans les domaines d'hygiène ou d'autodiagnostic.

3 Le poste de CDS en HAD

La première situation qui fait émerger mon constat se situe en 2014, lorsque je prends mes fonctions en tant que FFCS et Infirmière Coordinatrice (IDE C) dans un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) composé de 8 agents (5 IDE et 3 AS).

À cette époque, le Centre Hospitalier de Montereau-Fault-Yonne évolue dans un contexte budgétaire difficile puisqu'il tente un retour à l'équilibre depuis 2011 avec un projet de fusion avec deux autres hôpitaux de proximité (Fontainebleau et Nemours).

À sa création en 2008, et jusqu'en 2013, l'équipe est composée de 7 IDE, 1 puéricultrice et 4 AS qui possèdent chacun un véhicule de fonction. En 2011, l'HAD connaît un déficit de 400 000 €. Le contexte budgétaire de l'hôpital impacte l'HAD, qui connaît successivement plusieurs projets de réorganisation dont le passage en 12 heures et le redéploiement de 2 IDE et 3 AS. Ce redéploiement se fait progressivement du fait que le service est déficitaire depuis son ouverture. Il se traduit également par la diminution de moyens techniques avec la réduction pour moitié des véhicules.

Ces changements engendrent une tension au sein de l'équipe paramédicale et une crainte sur la pérennité du service. L'équipe d'HAD subit les aprioris de leur travail au sein de l'établissement. En effet, les préjugés vont bon train : *« ils ne font que se balader en voiture », « ils ne bossent jamais, ils ne prennent jamais les patients ».*

Conjointement, je commence ma préparation au concours d'entrée en IFCS et perçois les dimensions de l'équipe, son fonctionnement, son passé et leurs attentes. C'est pourquoi il me faut rapidement définir des projets afin que l'équipe puisse se réinvestir dans une dynamique de service et de groupe. Le médecin coordonnateur et moi-même travaillons alors sur la conception d'un tableau récapitulatif des critères d'admissibilité des patients en HAD ; cet outil étant à destination des professionnels de santé en interne et en externe afin d'accroître la visibilité du service.

Je mets en place des missions de référence en fonction des compétences de chacun et recrée l'organigramme interne qui est affiché à l'entrée du service. Quelques semaines après ma prise de poste, et pour donner suite à l'arrivée d'une nouvelle direction commune aux trois établissements, un nouveau projet de développement de l'activité de l'HAD voit le jour avec la mise en place d'une antenne sur les autres hôpitaux. Cette demande se justifie par le contexte suivant : en 2014, le service dispose d'une autorisation de 30 places délivrées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour une zone géographique précise. Or, la moyenne d'occupation des places est de 11 patients par jour. Au regard du contexte budgétaire tendu, l'HAD a un rôle à jouer en permettant de diminuer les Durées Moyennes de Séjours (DMS) des services cliniques d'hospitalisation. C'est pourquoi le recours à l'HAD doit être augmenté au sein de l'établissement et par effet de ricochet, améliorer l'efficacité économique globale.

Je me retrouve face à une demande institutionnelle : **augmenter le taux d'occupation de l'HAD sans en augmenter les moyens.** La direction me demande d'atteindre la cible journalière de 30 patients par jour ce qui équivaut à occuper toutes les places. Or les moyens de 2013, soit 7 IDE, 1 puéricultrice et 4 AS sont corrélés pour une activité moyenne de 15 patients par jour. **Il me faut donc trouver un équilibre entre les contraintes médico-économiques et les exigences de qualité des soins.**

Dans un premier temps, avec le CSS, qui est également le coordonnateur des soins du site, je travaille sur une réorganisation paramédicale avec le retour des IDE en 7h30. En effet, le bilan des 12 heures pour les IDE est source de fatigue et les astreintes de nuit sont mal vécues. Cette expérience me permet de travailler en équipe sur les plannings et l'organisation paramédicale au sein de l'HAD.

En tant que FFCS, j'organise des réunions afin que l'équipe évoque leurs attentes et s'investisse dans ce changement. La journée type des IDE et des AS en 7h30 est définie et la mise en place de l'organisation en 7h30 est actée en avril 2015. J'impulse ainsi une dynamique collective en terme de participation aux réunions.

Dans le même temps, ce projet demande de travailler sur d'autres dimensions, qu'elles soient logistiques ou administratives sur 2 des sites. Je travaille ainsi en collaboration étroite avec différents services comme la direction, les services de soins, la qualité, la pharmacie, le laboratoire, l'économat, les admissions, le standard et des prestataires extérieurs. Avec le médecin coordonnateur, nous travaillons ensemble sur le profil des patients au regard des possibilités de terrain et de l'activité.

Le CDS est l'interface dans un service de soins entre le corps médical, la direction, l'institution et l'équipe paramédicale : il contribue lors des réunions d'encadrement à la réflexion sur l'évolution et l'orientation des services de soins. Au sein d'un environnement complexe, sa mission principale est de garantir un service rendu optimisé dans l'intérêt du patient.

Le changement de pratiques, d'habitudes ou de fonctionnements est pour l'équipe très éprouvant. Ce nouveau projet avec le recrutement de deux IDE supplémentaires induit la mise en place d'une nouvelle organisation. L'effet de groupe s'en est inéluctablement modifié. La cadence des soins devient plus soutenue mais pas impossible. Le recours aux IDE Libérales (IDE L) modifie la vision pluridisciplinaire et impacte la diversité des prestations au travers de la sélection de patients « *types* » et du développement de la prise en charge des soins palliatifs et/ou de pansements complexes.

Faute de moyens, la prise en charge de certaines situations est difficile même si je comprends la nécessité d'augmenter le taux d'occupation de l'HAD. Néanmoins, force est de constater que l'ensemble des acteurs est souvent pris au dépourvu, faute d'anticipation des moyens et des besoins pour une telle augmentation. Ainsi, je suis confrontée à une évolution nécessaire pour le service avec pour caractéristique d'encadrer une équipe ancienne, ancrée dans ses habitudes : le changement a débuté par une résistance ; je n'ai pas pris l'ampleur des mécanismes qu'implique le changement.

En tant que futur CDS, je suis partagée entre des valeurs légitimes pour chaque corps de métier et les demandes de l'institution.

4 Le poste de CDS en EHPAD

La deuxième situation se situe en mai 2016, lorsque je prends mon poste en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) composé de 90 lits sur 3 étages et incluant une équipe de 24 AS, d'Aide Médico-Psychologique (AMP), d'Assistante en Soins Gériatrie (ASG), de 25 ASH, d'un responsable hôtelier et de 4 IDE. La structure existe depuis 1860 et les derniers travaux ont été effectués dans les années 90 en vue de réaliser une extension. Dès mon arrivée, je me plonge dans un projet architectural et fait participer l'équipe dans ce futur changement. Le projet consiste à mettre en place un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et une Unité de Vie Protégée (UVP) avec la modernisation escomptée de l'EHPAD dans son ensemble.

Une augmentation des surfaces de 10% environ vise à ce que chaque chambre possède une douche et soit d'une superficie égale ou supérieure à 24 m², le nombre de chambres n'augmentant pas. En parallèle, le projet comprend une salle à manger à chaque étage et des bureaux pour chaque intervenant (médecin coordonnateur, médecins libéraux, CDS, psychomotricienne et kinésithérapeute libéral). Ce travail débute dès les premières semaines de mon arrivée : j'ai dû apprendre à connaître le fonctionnement et l'organisation de la structure actuelle afin de comprendre les attentes futures. Il m'a fallu **appréhender les besoins de la structure actuelle pour répondre aux besoins de demain.**

Lors des premières semaines, et pour donner suite aux différentes réunions, j'analyse tous les comptes rendus des architectes pour m'en faire une idée précise et échanger avec les acteurs de soins afin de répondre aux attentes de chacun. En effet, seuls 2 à 3 AS ont participé à une réunion plénière avec l'architecte. Je remarque vite que les équipes ne sont pas écoutées pour ce type de projet. Or, je sais, au regard de mes expériences passées que de **travailler en collaboration avec les équipes est primordial pour mener à bien ce changement architectural.** Pour ma part, le CDS se doit de travailler avec les équipes pour induire le changement. Ce constat résonne avec le proverbe suivant « *tout seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin* »¹.

C'est pourquoi, lors des premiers mois d'exercice, je réalise un état des lieux du fonctionnement de la structure. Je remets des normes collaboratives en favorisant le travail en intergroupe (AS/ASH, AS/IDE, AS/cuisine). Le CDS, ne pouvant

¹ Proverbe africain.

pas avancer seul sur le développement de projets, travaille en coordination avec les différents responsables (logistiques, hôtelier, cuisine, administratif, etc.) et est en lien avec les représentants syndicaux.

Selon moi, à ce moment précis, les moyens logistiques sont présents mais non réfléchis. En effet, l'établissement dispose d'un budget annuel de 100 000 €. Je constate que le matériel de soins est obsolète (Ex : les fauteuils médicalisés confort ou la literie). En opposition, l'équipe soignante dispose d'un nouveau logiciel de soins avec la mise en place de « *zappette* » (outil permettant de scanner les soins via des codes-barres préétablis). Ce logiciel de soins n'est qu'insuffisamment paramétré pour actualiser son évolution au sein de la structure. Il laisse à penser à un manque de priorisation dans les besoins (matériels et/ou formation).

Dans l'année, la direction est contrainte d'expliquer la nécessité de faire des économies avec la mise en place du Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et du non-étalement du déficit sur 4 ans par l'ARS. En effet, depuis plusieurs années, l'EHPAD réalise un déficit constant. Ce dernier impacte le budget final de l'EHPAD et sous-entend, à terme, une diminution des moyens.

L'annonce est faite en deux temps : le premier, lors d'une réunion de direction élargie avec tous les responsables de service puis, dans un deuxième temps, en réunion institutionnelle. De plus, la non-reconduction des contrats aidés, décidé à la suite d'un changement de gouvernement et de politique, nous a contraint à réfléchir à une réorganisation. Dans la structure d'EHPAD, les contrats aidés représentent un tiers des effectifs soignants. Il faut ainsi, réfléchir à une solution avant d'être confronté aux difficultés de recrutement et de fonctionnement pour les résidents sans que la qualité des soins s'en trouve modifiée.

Le contexte social des employés est de nature familiale et il existe beaucoup de disparités entre les groupes tant par leur âge et leur expérience. Démographiquement, l'équipe soignante est présente depuis plusieurs années ; l'ancienneté moyenne est de 15 ans environ. Ainsi, on constate que pour beaucoup d'agents, ils débute au sein de l'EHPAD par un poste d'ASH, passent ensuite le diplôme d'AS grâce à la formation continue, et reviennent dans l'établissement. Très peu d'agents ont des expériences en dehors des EHPAD.

Ce constat et mes premières impressions me laissent à penser que les équipes ne sont naturellement pas partie prenante dans les changements institutionnels nationaux. Autrement dit, il me semble qu'étant éloignés de la province parisienne et loin de tout, les acteurs sont « *déconnectés* » des évolutions du système de santé actuel. L'annonce aux équipes est faite lors d'une réunion institutionnelle avec la présentation de la charge en soins. Peu d'interrogations apparaissent à la suite de cette réunion.

Ce projet de changement d'organisation fait émerger un cas de harcèlement au sein des équipes. Ce conflit perdure dans le temps, des sanctions sont prises et le besoin de faire intervenir une psychologue extérieure est acté pour programmer des analyses de pratiques. Ces dernières ont mis en lumière plusieurs postulats. Au sein de l'équipe soignante, quatre postes sont aménagés pour des professionnels qui exercent exclusivement du matin. Or, cet aménagement n'est pas en lien avec des pathologies médicales mais plutôt sur des statuts acquis.

La répartition de la charge de travail démontre que le matin est consommateur de charge physique par la réalisation des soins d'hygiène. La direction, la médecine du travail et moi-même travaillons en partenariat : la charge en soins met en évidence la hausse du travail le matin et il semble opportun de travailler sur l'adaptation des postes aménagés au sein de la structure afin de répondre à un besoin, à la fois, de ce personnel et de la direction.

C'est pourquoi, devant des injonctions et autres paradoxes, après analyse de la charge en soins sur une journée de travail, la mise en place d'un groupe de travail, un projet de réorganisation du temps de travail est posé avec un passage possible en 12 heures, six mois avant le début probable des travaux. Une partie de l'équipe AS est partie prenante de ce changement.

Il faut savoir que le choix de ce passage en 12 heures ne concerne que l'équipe du matin. En effet, pour couvrir l'étendue horaire, sont mises en place des arrivées successives d'agents avec huit arrivées d'horaires décalés. Finalement, trois mois après la réunion institutionnelle, ce schéma respecte les contextes réglementaires du Code du Travail et le dialogue social avec les syndicats. L'équipe est réticente car les horaires décalés sont contraignants pour le fonctionnement des services ainsi que pour la qualité des soins. Les manifestations d'opposition sont nombreuses : absences, tension au sein des groupes (interservices, interprofessionnels et intergénérationnels) et turn-over avec le départ de certains professionnels (1 IDE et 2 AS).

Des recrutements sont par conséquent mis en place pour renouveler les compétences. Il a fallu réfléchir à une nouvelle organisation, deux mois seulement après la mise en place de la première, et inclure les équipes de nuit. Ces dernières ne sont pas partie prenante du changement. Plusieurs réunions et temps d'échanges conduisent à redéfinir l'organisation du travail en journée. Le temps imparti est court et majore la résistance au changement. La participation du CDS dans le domaine de la communication est primordiale : **il joue un rôle clef dans la transmission voire la traduction des informations.**

Durant quelques mois, je sens grandir la résistance au changement et j'intensifie le travail de proximité afin de faire émerger les interrogations et répondre aux inquiétudes des équipes. Je constate que les équipes sont ancrées dans des pratiques anciennes et n'ont pas pris conscience de l'ampleur des exigences institutionnelles bien que nous ayons réfléchi à répartir la charge en soins sur l'ensemble de la journée, avec le développement des activités des AS, ASG et AMP, en fonction de leurs compétences. **Ce nouveau travail de proximité amène de nouvelles discussions sur les pratiques de soins et les valeurs soignantes.**

En tant que FFCS, j'ai dû amener l'équipe à prendre conscience de la nécessité du travail collectif et de la nécessité d'avancer ensemble. Il va de soi que le CDS ne peut pas travailler seul en mode projet ; il se doit de mettre en place des actions de communication pour gérer au mieux l'information descendante et ascendante et être en lien permanent avec les équipes soignantes. La communication doit se faire à bon escient. Il doit être capable d'accompagner les équipes en les guidant au mieux et développer leurs potentiels. Pour cela, il doit adapter son management tantôt participatif, persuasif, déléguatif, tantôt directif, ce qui se définit comme un management situationnel. Toutes ses compétences et activités permettent d'assurer la qualité et la sécurité des soins pour les usagers. Il est donc le garant d'une qualité de prise en charge des patients tout en veillant à une traçabilité des actes. Le CDS a également un rôle sur la formation des équipes mais également des étudiants et/ou nouveaux arrivants : il est garant de leurs formations pour qu'ils s'adaptent aux changements au sein du système de santé (innovations médicales et paramédicales).

À cet effet, le CDS est doté ou doit tendre aux qualités professionnelles suivantes : l'écoute, la pédagogie, l'anticipation, la disponibilité, l'équité et le dynamisme. Être CDS est pour moi un engagement, une évolution professionnelle qui témoigne de mon désir d'être autonome et d'occuper des fonctions de management et d'encadrement. Avoir un cadre est par définition ce qui délimite un objet mais également ce qui le contient et le définit. Il me semble qu'être CDS c'est de mettre en œuvre, en équipe, une qualité et une sécurité des soins pour les usagers dans les respects de ses droits. Le cadre doit ainsi être capable d'évaluer les compétences des agents et favoriser leurs progressions dans des soins spécifiques au service. Il propose, pilote et met en œuvre des formations en fonctions des besoins des agents et du service. Comme j'ai pu déjà l'exprimer, ma conception du CDS est influencée par mon parcours professionnel, mes observations, mes diverses rencontres et s'appuie sur mon expérience de faisant-fonction de CDS que j'ai endossé à trois reprises.

Lors de mon parcours de FFCS, j'ai été confrontée à ce même constat : **le manager doit être médiateur pour permettre de concilier les valeurs soignantes aux exigences institutionnelles.**

C'est pourquoi, je pose le questionnement suivant :

- Comment, en tant que CDS, peut-on accompagner une équipe dans les changements institutionnels ?
- Comment concilier les valeurs d'une équipe soignante face aux exigences institutionnelles ?
- Comment concilier ces deux domaines pour répondre aux besoins de chacun sans que le CDS se sente écartelé ?
- Y a-t-il des techniques managériales spécifiques dans la conduite du changement ?
- Quel est le rôle de l'institution dans l'accompagnement des évolutions du système de santé et l'annonce des réorganisations nécessaires ?
- Le CDS a-t-il un rôle majeur, voir déterminant dans la mise en place du changement ?
- Jusqu'où le CDS doit-il accompagner le changement ?
- Est-ce que le fait d'exprimer aux soignants les exigences institutionnelles donne lieu systématiquement à une forme de résistance ? Si oui, pourquoi ?
- Les directions et les soignants ont-ils des valeurs éthiques différentes ?
- Quelle est la plus-value du CDS dans cette relation soignant/ direction ? A-t-il une place à prendre ?

En ayant eu quelques apports théoriques sur la grande transformation hospitalière, j'ai pris conscience que les exigences institutionnelles d'aujourd'hui trouvent leur genèse il y a 30 ans. **Pour moi, le changement institutionnel dans lequel j'ai évolué au préalable, et dans lequel j'évolue aujourd'hui, ne reflète pas les organisations annoncées il y a une trentaine d'années. Ce postulat conduit les équipes soignantes à devoir changer rapidement leurs pratiques sur un laps de temps restreint.** Ce profond frein au changement se fait sentir ce qui est pour moi très paradoxal : comment en sommes-nous arrivés à cette situation complexe, alors qu'elle aurait pu être accompagnée ? Cet accompagnement aurait-il évité les conflits ? Ces conflits auraient-ils été de moindre ampleur ?

La corrélation entre mes deux expériences est cette impression que le « virage » du changement a été pris un peu trop tardivement. J'imagine que les directions en poste à ces époques pensaient certainement avoir le temps d'anticiper et de préparer les équipes. Or, les équipes se perdent dans ce « virage » trop abrupt pour elles selon un instinct de survie naturel décrit dans la pyramide de Abraham Harold MASLOW (psychologue américain, principal meneur de l'approche humaniste, connu pour son explication de la motivation par la hiérarchie des besoins) comme étant le besoin de sécurité.

Cette réflexion m'incite à poser les questions suivantes :

Dans tout cet enchevêtrement d'injonctions, d'attentes et de valeurs, où se situe le CDS ?

Plus particulièrement, quelle place le CDS a-t-il jouée auprès des équipes ?

Qu'attendent les équipes de la part du CDS dans cette thématique ?

Quelle est la marge de manœuvre du CDS dans le changement de demain ? La direction de l'établissement laisse-t-elle une place au CDS au sein du changement ? Si oui, dans quel domaine ?

N'est-ce pas au CDS de prendre en main le changement attendu et, de fait, d'améliorer l'accompagnement des équipes ?

Les dispositions prises par le CDS suffisent-elles à répondre à une équipe résistante au changement ?

Comment faire comprendre à chaque entité l'utilité de l'autre ? Le CDS doit-il travailler sur les valeurs de chaque acteur (directions, soignants, patients) avant de vouloir les réunir ?

Ce questionnement m'amène à comparer la fonction cadre comme une fonction de médiateur.

Or, être médiateur est un travail en lui-même et le CDS ne peut pas assumer ce positionnement sur le long terme.

- Quelles compétences le CDS doit-il développer pour impliquer les différentes parties dans un changement ?
- Comment le CDS peut-il impulser le changement tout en diminuant ou en atténuant la résistance au changement ?
- L'accompagnement au changement est-il une réponse unique à la résistance au changement ?
- Suffit-il au CDS d'avoir une mission de traducteur uniquement ou doit-il lui-même passer par plusieurs étapes ? Traduction, médiation, négociation, animation ?

Au regard de ces interrogations, je pose la thématique suivante :

La place spécifique du CDS dans la participation au changement des organisations soignantes

Le CDS ayant un rôle d'interface entre les directions et les équipes soignantes, quelles compétences professionnelles et personnelles, le CDS doit-il mettre en œuvre dans la conduite du changement ?

De cette thématique, je pose alors la question de départ suivante :

Quelles compétences spécifiques au changement le cadre doit-il déployer pour répondre aux exigences institutionnelles tout en respectant les valeurs soignantes ?

Afin de répondre à cette question de départ, il me semble important de recourir à un champ littéraire. À cet effet, je propose d'explorer au travers de lectures, les références théoriques suivantes :

- Le système hospitalier en France : son histoire et son organisation ;
- La gestion de l'hôpital comme entreprise avec son financement ;
- La conduite de changement ;
- Les valeurs soignantes ;
- La place du CDS.

Chaque chapitre fera l'objet d'une synthèse de la référence théorique ou du concept étudié et des questionnements qui seront à confronter sur le terrain. La rédaction de la synthèse du cadre théorique et conceptuel devrait aboutir à l'élaboration d'une hypothèse de recherche.

5 Le système hospitalier en France

Le système hospitalier français fait cohabiter différents types d'établissements de soins à caractère public et privé, possédant des modes différents d'organisation, de gestion et de participation aux missions de service public.

Confrontée à de multiples réformes, l'organisation hospitalière s'est vue modifiée ces dernières années sur le plan économique, organisationnel, institutionnel, relationnel et sociologique. Ainsi, sujet aux mutations successives, l'hôpital ne déroge pas à la règle : il est source d'incertitudes. L'hôpital en France est certes un lieu de soins pluridisciplinaires, mais possédant une organisation complexe.

Dès lors, les établissements de santé d'aujourd'hui répondent à des exigences réglementaires de plus en plus nombreuses et ne correspondent plus à l'hôpital d'hier. L'évolution de sa dénomination en est la preuve : hospice, Hôtel-Dieu, hôpital, centre hospitalier pour finir par établissement public sanitaire.

En effet, selon Marie-José IMBAULT-HUART, professeur d'Histoire de la médecine, Directeur de l'Institut d'Histoire de la médecine de l'Université Paris V-René Descartes : « *De ces héritages, l'hôpital d'aujourd'hui, pour s'en être cru délié, en supporte le poids sans comprendre le sens* »².

Il est capital de s'intéresser à l'histoire de ce monument architectural qu'est l'hôpital pour mieux appréhender son devenir, nommé la « Grande transformation »³ en écho avec celle de Karl POLANYI, économiste hongrois qui, en 1944, a étudié la logique économique de l'Occident dans l'industrie. Il paraît donc primordial d'exposer les données historiques de ce lieu de soins qu'est l'hôpital.

5.1 La « Grande Transformation » hospitalière

Étymologiquement, le mot hôpital vient du latin « *hospitalis domus* »⁴ qui signifie « *maison où l'on reçoit les hôtes* ». Ces hôtes sont issus du mot « *hospes* » signifiant « *l'hôte de passage, voyageur, étranger* » et corrélant les concepts d'hospitalité, d'accueil des malades, des indigents et des mourants.

Les prémices de l'institution hospitalière se retrouvent dans l'Antiquité au temps d'Hippocrate, période où les dieux sont honorés par les hommes dans des sanctuaires pour tendre à la guérison. À la fin du IV^{ème} siècle, sous l'influence de la chrétienté, les hommes se doivent de soigner son prochain pour honorer Dieu et les premiers hôpitaux apparaissent à Byzance.

À la fin du XII^{ème} siècle, le mot hôpital est employé comme un établissement qui accueille les pèlerins. Le Moyen Âge est la période où les hôpitaux se mettent en place. Auparavant, les villes sont dotées de léproserie voire des maisons de charité :

« *En 1662, toutes les villes (...) doivent se doter d'un établissement l'hôpital général, capable de recueillir, d'enfermer et de nourrir les pauvres, les mendiants et les orphelins* »⁵.

L'hôpital devient, alors, un lieu d'accueil, d'assistance aux démunis et d'hébergement de l'indigent. Pour prendre en charge les femmes, on voit apparaître les religieuses au sein des hôpitaux.

Le professeur d'histoire contemporaine à l'université du Havre, Christian CHEVANDRIER dans l'ouvrage intitulé « *les métiers de l'hôpital* » relève que : « *les pauvres étant à l'image du Christ, les recueillir permettait de gagner la vie éternelle : c'était là la fonction des hôpitaux. Si des soins y étaient dispensés, la destinée des âmes était plus importante que celles des corps* »⁶.

Ainsi, à cette époque, l'hôpital n'est pas considéré comme un lieu de santé et encore moins de soins, il reste une alternative à la prise en charge individuelle. À cette époque, la question du soin relève de l'individu, de sa liberté et de son obligation qu'il a vis-à-vis de la société.

L'hôpital n'a pas comme mission principale le soin mais il permet l'accueil, la surveillance et la mise à distance des malades, des pauvres, des marginalisés, des mourants du reste de la population. Sur un plan géographique, l'hôpital se situe exclusivement à l'extérieur des villes. Or, l'histoire relève que les mentalités évoluent : la charité n'a plus la même importance dans la société et l'hôpital, devenu un lieu d'assistance, peut être perçu comme encourageant la pauvreté :

² SASSIER Philippe, BEC Colette, IMBALT-HUART Marie-José, et al, « *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres* », DOIN, Collection « Histoire des hôpitaux », novembre 1996, dans la préface de l'ouvrage.

³ POLANYI Karl, « *La Grande Transformation* », Édition Gallimard, de 2009, consulté le 14 décembre 2017.

⁴ Site Larousse, onglet encyclopédie, [Consulté le 02/01/2018], URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/hopital/58690>.

⁵ DUMOND Jean-Paul, « *La grande transformation* » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 10.

⁶ CHEVANDRIER Christian, « *Les métiers de l'hôpital*. » La Découverte, « Repères », 1997, page 5. [Consulté sur CAIRN le 7/01/2018], URL : <https://www.cairn.info/les-metiers-de-l-hopital--9782707127112.htm>.

« À la Renaissance, le pouvoir royal tente de maîtriser le pouvoir religieux - et, en particulier, la direction des hôpitaux -, en favorisant l'implication des laïcs dans la gestion. On crée des Hôtel-Dieu pour y enfermer les malades infectieux ainsi que des hôpitaux généraux pour recevoir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins. Cette période de laïcisation est également marquée par l'arrivée de soignantes laïques aux côtés des religieuses et d'officiers royaux dans la haute administration hospitalière »⁷.

En 1796, après la Révolution, les hôpitaux sont municipalisés et le maire devient le chef des établissements de santé. L'État fait alors ses premiers pas dans la gestion de l'hôpital sans pour autant la financer. La prise en charge des personnes au titre de la collectivité relève encore de la charité.

Quatre catégories de la population sont ciblées : l'enfant abandonné, le vieillard, la femme seule et la prostituée. Par femme seule, il faut entendre sans attache familiale. L'hôpital évolue en un objet de protection de la société vis-à-vis de ceux qui les fréquentent et devient un lieu d'enfermement. En effet, étant le garant de l'ordre public, le préfet enferme les « indésirables » pour la société au sein des hôpitaux. Ces derniers restent sous la responsabilité directe des religieux, au titre de la charité chrétienne. De ce fait, l'État délègue une mission de police administrative destinée à protéger la sécurité publique.

À la fin du XVIII^{ème} siècle, l'hôpital chrétien, voué aux indigents et non aux soins, est nationalisé :

« Entre la fin des Lumières et la Révolution de 1848, une partie des hospices ouverts par l'Ancien Régime pour isoler les malades pauvres, les fous et les vieux sont devenus des lieux de savoir. On a continué à y nourrir et, parfois, à y administrer des thérapies, mais d'autres activités se sont ajoutées : examiner les patients, ouvrir les cadavres, dresser les tableaux de symptômes, enseigner par l'exemple »⁸.

À la Révolution, le gouvernement ne souhaite plus que l'hôpital soit charitable et la médecine y alors fait son apparition. C'est pourquoi, pendant un siècle et demi, l'hôpital est représenté, en premier lieu, par le corps médical, avec les découvertes, les avancées et les progrès en médecine. Ainsi, on y voit l'éradication de certaines maladies jusque-là mortelles, ce qui représente une avancée de taille.

Jean Paul DUMOND, enseignant de l'IAE, chercheur de l'Institut de Recherche en Gestion (IRG), maître de conférences à l'UPEC, dans son intervention de septembre 2017, précise que « cette hiérarchisation de la pratique médicale hospitalière entraîne au début du XIX^{ème} siècle la création d'un corps socioprofessionnel à deux niveaux qui marque encore l'activité hospitalière (...) on s'étonne de découvrir la hiérarchie rigide et quasi militaire de l'univers hospitalier et sa résistance au changement »⁹.

L'hôpital devient ainsi un lieu où le pouvoir du savoir clinique est prépondérant. Cela se décline sous le terme « d'hospitalo-centrisme », c'est-à-dire une société à part entière, avec ses lois, ses coutumes et sa hiérarchie. L'apprentissage se fait par mimétisme auprès du maître. Pour sa part, l'État n'exerce plus aucun contrôle mais a une seule exigence : fonctionner à moindre coût.

Le début de l'étatisation des hôpitaux date de 1941 par la loi dite « charte hospitalière ». Cette dernière donne naissance à l'hôpital moderne, supprime les hospices et donne un statut juridique aux hôpitaux : « établissement public sanitaire et social, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, mais rattaché à une collectivité territoriale »¹⁰.

Elle fait suite à la naissance de l'Assurance Maladie qui permet l'introduction de toutes les classes sociales au sein de l'hôpital : les malades payants entrent à l'hôpital. L'État rentre dans la gestion des hôpitaux en donnant la direction au préfet ou au ministre. Il nomme les directeurs des hôpitaux. La réforme de 1958, nommée Réforme Debré, crée les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et le lien d'hospitalo-universitarisation. Un virage s'amorce dans l'évolution de l'hôpital moderne avec l'augmentation croissante des dépenses hospitalières. La croissance du pays est faible et les dépenses de santé représentent 12 % du Produit Intérieur Brut (PIB). La loi du 31 juillet 1991, portant le nom de « réforme hospitalière », a pour but de réduire les coûts hospitaliers en réduisant le nombre de lits. L'hôpital rentre ainsi dans une approche économique.

Le statut des centres hospitaliers publics se modifie pour l'appellation d'établissements publics de santé. Le soin n'est plus la seule activité dans l'hôpital : l'enseignement, la recherche et la santé publique prennent une place importante et mettent en exergue le développement de pôles d'excellence médicale. De plus, la gestion des hôpitaux s'inclut dans l'ensemble de la structure ainsi le projet d'établissement se fonde sur un projet médical. C'est pourquoi la « Grande Transformation » organisationnelle prend forme tout en respectant une certaine continuité.

⁷ hospital.fr, « Les valeurs de l'hôpital » [Consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-traditionnelles-de-l-hopital>.

⁸ GAUDILLIERE Jean-Paul, « La médecine et les science XIX^e – XX^e siècles », La Découverte, Collection Repères, 2008, p. 8

⁹ JP. DUMOND, enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son intervention de septembre 2017 intitulé La grande transformation, août 2017, page 10

¹⁰ hospital.fr, « Les valeurs de l'hôpital » [Consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-traditionnelles-de-l-hopital>.

Jean Paul DUMOND la définit selon les huit thèmes suivants :

1. « Un élargissement des missions des établissements portant désormais sur la santé de la population et dépassant donc le seul soin apporté aux personnes accueillies ;
2. L'inscription de chaque établissement dans le maillage d'acteur de santé constitué sur un territoire ;
3. Une substitution de l'outil de base de l'institution hospitalière, le lit, par un autre outil, le plateau technique ;
4. La construction d'une ligne de commandement partant du ministère et irriguant toutes les unités en contact avec la population effaçant la double ligne hiérarchique médico-gestionnaire ;
5. La mise en place d'un mode de financement rapprochant la gestion des établissements hospitaliers publics de celle des organisations privées ;
6. Le développement d'un contrôle formel (et non plus seulement informel) de la qualité, des risques et des activités des professionnels de santé ;
7. L'émergence du patient comme un acteur central du fonctionnement des organisations de santé ;
8. La mutation de l'organisation hospitalière qui était une « manufacture » hétérogène en une manufacture « sérielle ».¹¹

Partant de ces constats multiples, l'organisation et la répartition des pouvoirs s'en sont vues modifiées : la logique d'organisation évolue.

5.2 L'organisation et répartition des pouvoirs

Les établissements de santé sont dirigés par diverses institutions : les ordres religieux, la royauté et les communes pour finir par un système centralisé vers l'État. Ces institutions se sont succédées dans la gestion de l'hôpital auprès du corps médical sans lui donner un pouvoir absolu. Pour autant, l'hôpital peut être vu comme une organisation structurelle par type de savoir : les disciplines médicales. Lors de la royauté, la gestion des hôpitaux est confiée aux communautés voire à des organisations religieuses. La loi du 7 octobre 1796 place les hôpitaux sous la responsabilité des maires. Néanmoins, en ce temps, l'État assure la tutelle des établissements de santé et les maires les administrent d'où une certaine dissonance.

Avant la Grande Transformation, au milieu du XX^{ème} siècle, l'hôpital est « dominé à la fois par les préoccupations des professionnels et les impératifs de la gestion, par les politiques locales et les politiques nationales au risque d'une certaine dysharmonie »¹².

« De plus, à partir des années 80 où débutent la décroissance du nombre de lits et la concentration des établissements, les deux légitimités politiques, la nationale et la locale, tendent à s'opposer frontalement. La première vise, au nom du principe de gradation des soins, à concentrer les équipements les plus techniques et les compétences médicales, les plus rares, la seconde essayant de préserver un tissu sanitaire assez fin irriguant tous les territoires, jusqu'aux plus isolés »¹³. En effet, un enjeu communal est en cours, car l'hôpital est pourvoyeur d'emplois.

Les **ordonnances d'avril 1996** réforment l'hospitalisation publique et privée pour mieux répondre aux besoins et aux inégalités de la population face aux soins. Son idée principale repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements de santé. L'État et l'Assurance Maladie sont réunis au sein des Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Les ARH deviennent plus tard les Agences Régionales de Santé (ARS). Les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) définissent le financement des établissements.

La **loi du 4 mars 2002** dite « loi Kouchner » aménage et réorganise les droits des malades et la qualité du système de santé. Dorénavant, le patient devient un usager à titre individuel mais également à titre collectif.

La loi du **9 août 2004** relative à la politique de santé publique a pour objectif de développer une politique de santé autour de la prévention, des soins et de la réadaptation. Cette loi réorganise le système de santé en fixant des objectifs de santé pluriannuels et en proposant les plans stratégiques.

La **loi du 21 juillet 2009** portant sur la réforme hospitalière, appelée **Hôpital Patients Santé Territoires (HPST)**, met en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et permet de répondre à l'ensemble des besoins de santé d'une population.

¹¹ DUMOND Jean-Paul, « La grande transformation » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 15.

¹² DUMOND Jean-Paul, « La grande transformation » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 26.

¹³ DUMOND Jean-Paul, « La grande transformation » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 27.

Depuis **la loi HPST**, l'organisation hospitalière comprend la division du travail médical : dans un premier temps, par les disciplines ou spécialités médicales puis dans un second temps par pôles d'activités. En effet, le chef de pôle, qui est nécessairement médecin, signe avec le directeur de l'établissement un contrat de pôle et engage les dépenses dans différents domaines du pôle pour atteindre des objectifs définis. Le contrat de pôle est la traduction de la politique de l'établissement dans des domaines comme la gestion des ressources humaines, l'organisation du pôle et la délégation de signature pour engager des dépenses. Le contrat est assorti d'indicateurs de résultats et donc d'échéanciers et calendriers.

Ainsi, coexistent à l'hôpital plusieurs légitimités : le savoir, la bureaucratie, les syndicats, les usagers, l'État et l'Assurance Maladie. Il est évident que la légitimité prépondérante est celle de l'État avec les ARS qui nomment le directeur d'établissement.

La situation actuelle montre pourtant un paradoxe. Le progrès médical impose une forte division du travail qui requiert des mécanismes de coordination (informations, procédures, règles) et qui sont pourtant inexistantes à ce jour. Auparavant, les soins s'apprenaient à travers des situations orales alors qu'aujourd'hui la théorie écrite devient indispensable pour offrir une meilleure qualité. Plusieurs acteurs d'une même ligne hiérarchique sont impliqués dans l'organisation : le Gouvernement et le Ministère de la Santé qui gère les ARS. Les ARS dans une démarche stratégique nomment les Directeurs des établissements de Santé. Le Directeur choisit et contractualise le chef de pôle qui encadre les unités de soin.

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 prévoit la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La mission principale des GHT est de répondre aux besoins de santé en faisant collaborer et travailler les établissements publics et privés d'un même territoire, sauf dérogation.

Néanmoins, la différence avec une entreprise repose sur le simple fait du rôle prépondérant de l'ARS et de l'État. Elle approuve les délibérations du conseil de surveillance. Il faut donc voir l'hôpital comme une entreprise publique et complexe.

L'hôpital peut être décomposé, selon l'analyse de l'organisation que propose Henry MINTZBERG, selon cinq composants : le « *sommet stratégique* », la « *ligne hiérarchique* », le « *centre opérationnel* », la « *technostructure* » et les « *supports logistiques* ».

L'organisation se définit comme un ensemble de processus et de ressources construits en fonction de paramètres nommés paramètres de conception. Jean-Paul DUMOND, enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son intervention de septembre 2017, précise qu'il existe quatre paramètres de conception :

1. *Le mode de contrôle ;*
2. *Les frontières de l'organisation ;*
3. *La division horizontale ;*
4. *La division verticale.*

En d'autres termes, les ressources peuvent être agencées en les plaçant dedans ou dehors l'organisation, selon des degrés différents de spécialisation et de polyvalence (division horizontale), avec plus ou moins de hiérarchie (division verticale), en étant régulées par des modes de contrôle divers »¹⁴.

Selon les termes de Henry MINTZBERG, l'hôpital est une « *bureaucratie professionnelle* »¹⁵. À la vue des changements organisationnels dont l'hôpital fait preuve, la bureaucratie professionnelle tend à se transformer en une bureaucratie divisionnalisée :

« Les recommandations professionnelles et la planification quotidienne de plus en plus précise qui est opérée sur l'activité professionnelle en les intégrant à des processus détaillés et minutés de prise en charge, ainsi que la traçabilité de leurs actes conduisent à un contrôle sur les actes conduisant à un contrôle sur les tâches (...) qui apparente, aujourd'hui, l'hôpital à une bureaucratie divisionnalisée. (...) l'organisation en pôle (...) a sans conteste rapproché le fonctionnement des hôpitaux d'une organisation divisionnalisée »¹⁶.

Dans cette citation, l'hôpital est bien au même niveau qu'une entreprise, mais est-ce bien le cas ?

¹⁴ DUMOND Jean-Paul, « *La grande transformation* » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 53.

¹⁵ MINTZBERG Henry, « *Structure et dynamique des organisations* », Paris, Édition d'organisations, 1994, page 335.

¹⁶ DUMOND Jean-Paul, « *La grande transformation* » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 80.

6 L'hôpital est-il une entreprise ?

Dès le premier abord, il est difficile de trouver des similitudes entre le monde de l'entreprise et le système de santé. Néanmoins, dans les deux systèmes, la notion de service à autrui est présente. Dans l'un, on parle de service à la clientèle et dans l'autre de l'offre de soins. Il y a alors bien la présence d'une hiérarchie, d'équipes, de prestataires et de clientèle (patientèle). Or dans le système de santé, l'offre de soins n'est pas comparable à un produit alimentaire ce qui explique aisément la réticence de l'utilisateur à comparer le monde du soin à l'entreprise.

Comme le changement de la politique de santé s'est fortement appuyé sur le système de l'entreprise, il est donc normal de trouver des similitudes.

Il paraît important d'énoncer la complexité du système de santé tant par son point de vue humain que par son histoire. La différence notable entre l'entreprise hospitalière et l'entreprise, dans son sens le plus global, réside dans leurs fondements. L'entreprise hospitalière possède dans son vécu une culture du soin et une organisation qui lui sont propres. L'émergence de la notion d'entreprise est arrivée par la vision des directions : les politiques de santé ne sont autres que des stratégies comparables à l'entreprise. Les ARS ont pour mission principale de mettre en œuvre de la politique de santé nationale sur un plan régional au travers du Projet Régional de Santé (PRS). Le PRS comprend un Plan Stratégique Régional de Santé, des schémas d'organisation et des programmes d'application des schémas.

Et si la santé n'a pas de prix, il ne faut pourtant oublier qu'elle a bel et bien un coût. Partant de ce constat, les réformes hospitalières se comprennent dans le sens de l'entreprise et il paraît alors pertinent d'appréhender les projets hospitaliers avec des notions d'efficacité et de retour sur investissement. Néanmoins, l'hôpital semble plus complexe qu'une entreprise. L'hôpital possède un corps décisionnaire comme une entreprise avec le Directeur. L'instance de contrôle est représentée par le conseil de surveillance. Le Comité Technique Établissement (CTE) et le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions Travail (CHSCT) sont également présents.

La question peut alors se poser de son financement : est-il calqué sur celui de l'entreprise, ou est-il absolument différent ? L'évolution de son histoire permet de répondre à cette question.

6.1 L'histoire du financement de l'hôpital

Du temps où l'hôpital est un lieu d'accueil, d'assistance aux démunis et d'hébergement de l'indigent, le coût de ces établissements dépend exclusivement de dons ou de legs. Le pouvoir est détenu par les ordres religieux au titre de la charité chrétienne et les médecins n'y ont pas accès. Sous l'Ancien Régime, les hôpitaux vivent de leurs patrimoines, néanmoins, les plus pauvres peuvent faire appel soit au pouvoir royal soit à l'Église. Au cours du XVIII^{ème} siècle, la ferveur chrétienne diminue et contraint le pouvoir royal à prendre une place dans la gestion des hôpitaux :

« À la Renaissance, (...) une taxe communale finance une partie des dépenses hospitalières. Celles-ci restent néanmoins financées largement par les dons des fidèles »¹⁷.

Après la Révolution, les Hôpitaux deviennent des lieux d'assistance et non plus de charité :

« Mais l'État ne peut faire face à l'augmentation importante des dépenses hospitalières. Les pouvoirs publics se désengagent donc de la gestion des hôpitaux, confiés dès lors aux communes »¹⁸.

Le financement de l'hôpital se voit modifié avec l'apparition de la participation des caisses d'assurances sociales :

« L'hôpital de la première moitié du XX^{ème} siècle souffre de ne pas être une réelle structure de soin. Ouvert essentiellement aux indigents, il ne connaît que peu de malades contributeurs, les « grands payants », qui, pour la plupart, désertent sa fréquentation au profit de celle des établissements privés, en grande vogue depuis les lois sur les assurances sociales permettant aux classes moyennes bénéficiaires de se tourner préférentiellement vers eux. Son financement est de plus hasardeux, partagé entre les restes d'un financement propre, les subventions des collectivités locales et les premiers prix de journée fixés pour les plus riches »¹⁹.

La réforme de la Tarification à l'activité dispensée dans les établissements sanitaires est envisagée mais ne prend forme qu'en 2004 et ne devient obligatoire qu'en 2008. L'hôpital évolue au travers des découvertes et des recherches médicales. En parallèle, les exigences des patients s'accroissent pour la qualité et la sécurité des soins. Dans ce contexte, l'organisation hospitalière s'en est vue modifiée, au même titre de l'augmentation des dépenses de santé. En effet, en 1990, le PIB de la France voit la part des dépenses de santé doubler. Ces dernières sont socialisées et l'État y joue un grand rôle. C'est

¹⁷ hopital.fr, « Les valeurs de l'hôpital » [Consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-traditionnelles-de-l-hopital>.

¹⁸ hopital.fr, « Les valeurs de l'hôpital » [Consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-traditionnelles-de-l-hopital>.

¹⁹ Clémence ZACHARIE, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « droit de la santé-les institutions de la santé », l'évolution de la législation sanitaire française séance 1, aout 2017, page 11.

pourquoi, l'émergence de l'économie de la santé se développe au même titre que pour les industries : il devient important d'analyser l'influence des problèmes de santé sur l'économie dans son ensemble.

Selon l'OMS, la santé est « *un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²⁰ et ne laisse guère de place à l'économie. Pour autant, l'approche socio-médicale et l'apparition de la Santé Publique instaurent une place à l'économie ; la santé publique se définissant par la multiplicité des déterminants de santé. L'idée de dépenser efficacement pour la santé de la population devient une priorité. Cette modification de vision, d'abord développée dans les pays anglo-saxons, se reporte par la suite en France. Pour autant, ce nouveau dogme introduit le sentiment majeur de contraintes au sein des professionnels de santé par la chasse au gaspillage ou le terme d'efficacité.

Auparavant, le financement des hôpitaux de service public reposait sur le « *prix de journée* ». Bruno PALIER, directeur de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et co-directeur du laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques de Science Po, définit le prix de journée comme suit « *il s'agissait d'un montant censé correspondre au coût que représente une journée passée par un patient à l'hôpital. Chaque hôpital recevait alors un budget correspondant au nombre de patients et de journées passées multiplié par le prix de journée* »²¹.

Pour autant, ce mode de financement comporte des effets pervers et les conséquences sont multiples : augmentation des temps d'hospitalisation, du nombre d'examens, du nombre de lits d'accueil et laisse à penser à un phénomène d'inflation massive. Dans le même temps, il demeure une disparité entre le secteur public et le secteur privé au travers de la rémunération des médecins.

Pour pallier à l'augmentation des dépenses de santé, entre 1983 et 2004, le mode de financement se modifie par une dotation globale des établissements à l'année : chaque établissement a la responsabilité de répartir les montants alloués en fonction de ses besoins. Pour autant, ce nouveau montage a ses propres limites : les activités ou la performance de certains hôpitaux ne sont pas mises en valeur laissant apparaître un sentiment d'injustice de l'allocation de dotation. En effet, le montant de cette dotation est calculé par rapport à l'année précédente avec un système de report automatique et n'a pas de lien direct avec l'activité réelle de chaque établissement. Le mode de financement va alors évoluer pour arriver à la tarification à l'activité : la T2A.

6.2 Le nouveau mode de financement : la T2A

Selon le dictionnaire, le mot financement est défini par l'« *action de fournir les capitaux nécessaires à la création et/ou au fonctionnement, au développement d'une entreprise, d'un secteur économique* »²², qui apporte une notion économique provenant de l'entreprise.

Un nouveau mode de financement voit le jour en 2004 dans le cadre du **plan « Hôpital 2007 »**. Il s'agit de la T2A qui passe d'une logique de moyens à une logique de résultats et, de fait, d'une gestion budgétaire à une gestion prévisionnelle et financière : « *elle repose donc sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses* »²³.

Cette mise en place se manifeste par l'introduction de :

- L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) ;
- Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- Un Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER).

La T2A a pour objectif de rationaliser les dépenses, d'équilibrer l'allocation de ressources, d'introduire la notion de performance, de médicaliser le financement et de responsabiliser les acteurs de soins. L'activité hospitalière conforme au progrès de la recherche médicale est dès lors mesurée par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et la mise en œuvre de Groupes Homogènes de Malades (GHM). L'affectation de chaque séjour à un GHM rend visible l'activité des services hospitaliers pour chaque établissement de santé.

D'une façon économique le GHM devient un Groupe Homogène de Séjour (GHS), c'est-à-dire une donnée facturable du GHM, il s'agit d'un forfait par séjour. Il permet de classer les établissements avec la même activité sur un territoire proche selon certains indicateurs comme le taux d'occupation des lits, Durée Moyenne de Séjour (DMS), Indice de Performance (IP) et de traduire le fonctionnement et la rentabilité de ces établissements. Cette évolution va se mettre en place grâce à un nouveau type de management : « *le New Public Management* » (NPM) :

²⁰ Définition de la santé via l'OMS, présente dans le préambule à la Constitution de l'OMS, date de 1946, [Consulté le 28/01/2018] URL : <http://www.who.int/about/fr/>.

²¹ PALIER Bruno, « *la réformes des systèmes de santé* », Que sais-je, économique, 8^{ème} édition 2017, n°3710, page 39.

²² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *financement* », [Consulté le 07/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/definition/financement>.

²³ Article intitulé « *Le financement des établissements de santé* » sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, source : DGOS, [Mise à jour le 12/10/2017], [Consulté le 07/03/2018], lien : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

« le NPM consiste en un ensemble de principes empruntés au cadre conceptuel de la gestion du secteur privé ; il met l'accent sur le contrôle des coûts, la transparence financière, l'autonomie des sous-unités organisationnelles, la décentralisation de la direction, la création de mécanismes de marché ou de quasi-marché séparant fonctions achat et approvisionnement, la contractualisation de leur relation et l'accent mis sur la responsabilité envers la clientèle en matière de qualité des services, grâce à l'instauration d'indicateurs de performances»²⁴. Il implique la mise en place d'un management qui s'adapte aux transformations de son environnement, aux dimensions scientifiques, réglementaires, aux transformations politiques, sociales et juridiques.

Bien que la mise en place de la T2A ne touche pas tous les domaines et les secteurs de l'hôpital, depuis 2008, 100% des activités en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sont financées par la T2A. Ce dispositif permet le contrôle des établissements de santé par la mesure de leurs activités, ainsi que la comparaison d'indicateurs dans le temps et l'espace. Il permet de faire un classement de certaines pathologies soignées d'une région à l'autre. Il s'agit, de nouveau, de corrélérer l'idée globale de productivité à l'hôpital, identique au monde de l'entreprise :

L'étude faite sur les impacts de la T2A « fournit de nouvelles informations permettant de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ? Les résultats montrent que, dans les hôpitaux publics, la production hospitalière a augmenté de manière soutenue entre 2002 et 2009. Globalement, depuis l'introduction de la T2A, on observe une tendance à la hausse de la productivité dans le secteur public tandis que, dans le secteur privé lucratif, on constate une modification de l'activité »²⁵.

La gestion des hôpitaux s'améliore. Néanmoins, les établissements privés ont tendance à l'hyperspécialisation. De plus, les établissements de santé entrent dans une évaluation comparative : le « **benchmark** » initié par le système de l'entreprise entre les différents secteurs. Il s'agit d'un processus comparatif. L'unité de comparaison du GHS tient compte des salaires dans le public mais pas dans le privé. Par conséquent, la comparaison est à nuancer, les critères de comparaison n'étant pas les mêmes.

La T2A est donc apparue nécessaire dans un contexte financier tendu. Elle repose essentiellement sur des mesures d'évaluation de l'activité réalisée afin de définir les ressources mises à disposition des établissements de soins par les tutelles. Néanmoins, quel est son avenir sachant que ce mode de tarification ne prend pas en compte tous les actes réalisés.

6.3 L'avenir de la T2A

Ce mode de financement est toujours en vigueur. Il est d'ailleurs critiqué car il ne prend pas en compte l'innovation et la recherche dans les soins.

En 2016, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine confie au Dr Olivier VERAN, médecin neurologue hospitalier, diplômé d'un master en gestion et politique de santé à Science Po Paris, le pilotage du comité de réforme du mode de financement des établissements de santé.

La mission principale est de proposer une évolution sur les modalités de financement des établissements de santé afin de le rendre « plus proche des activités des professionnels de santé, plus adapté aux prises en charge des patients à l'heure des maladies chroniques, et moins centré sur les structures existantes »²⁶.

Ce comité de pilotage permet la rédaction d'un rapport intitulé « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : « une nouvelle échelle de valeurs ». Ce rapport affirme le besoin de transition vers de nouveaux modes de rémunération pour les établissements de santé. Néanmoins, dans sa deuxième partie, les atouts et les défauts de la T2A sont énoncés : « les atouts de la T2A, tel le développement d'une approche médico-économique, le rétablissement d'une équité entre établissements et entre territoires, la capacité à contractualiser en interne ou en externe sur la gestion des moyens et sur la qualité (...) rend peu compte de la complexité des parcours des patients atteints de maladies chroniques. Plus encore, les tarifs semblent être devenus une variable d'ajustement dans une régulation prix/volume qui répond avant tout à l'objectif de respecter l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), créant des tensions au sein des établissements, au sein des équipes. Dans un contexte de contraintes sur le niveau de financement, le modèle de répartition au prorata de l'activité rend difficile toute perspective de développement d'activité, d'innovation, d'investissement. Or les modes de prise en charge des patients peuvent évoluer très vite sous l'effet d'innovations de rupture soutenues par les techniques médicales, le numérique, les dispositifs médicaux, l'apparition permanente de nouvelles molécules »²⁷.

²⁴ FERGUENE Améziane, Économiste du développement, Faculté d'Économie de Grenoble, « le New public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST », Juin 2016, [Consulté le 02/03/2018], URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01324556/document>

²⁵ <http://www.irdes.fr/recherche/2013/questions-d-economie-de-la-sante.html#n186>, QES n°186 2013/04 « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A, BONASTRE J., JOURNEAU F., (IGR, Institut Gustave Roussy) NESTRIGUES C., OR Z. (Irdes).

²⁶ Dr VERAN Olivier, rapport intitulé « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur », page 2, [Consulté le 20/02/2018], URL : <http://solidariteessante.gouv.fr/>

²⁷ Dr VERAN Olivier, rapport intitulé « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur », page 2, [Consulté le 21/02/2018], URL : <http://solidariteessante.gouv.fr/>

« La T2A est parfois critiquée, car elle aurait introduit au sein des établissements des exigences de rentabilité économique, exigences économiques qui iraient à l'encontre du souci de la qualité des soins et d'une prise en charge humaine des patients »²⁸.

De ce fait, un risque est craint pour la qualité des soins car les résultats thérapeutiques peuvent ne pas être pris en compte dans la durée et le coût des séjours.

« La mortalité et la réadmission à court terme après une intervention ou un soin, dans des délais courts (à 30 jours le plus souvent) sont des indicateurs de résultat souvent retenus dans la littérature, mais ne sont pas suivis en France »²⁹.

En outre, la recherche de rentabilité dans les dépenses de santé devient incongrue, le but premier est de veiller à l'efficacité dans l'utilisation des ressources et de permettre une qualité dans l'offre de soins.

La T2A reflète alors la vision gestionnaire de l'évolution des hôpitaux. Néanmoins, La T2A n'est qu'un pan de l'évolution des hôpitaux.

En février 2018, Édouard PHILIPPE, le Premier ministre, et Agnès BUZYN, la ministre des Solidarités et de la Santé ont annoncé cinq chantiers de travail pour l'hôpital :

1. La qualité et la pertinence des soins ;
2. Les modes de financement et de régulation ;
3. Le virage numérique ;
4. La formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé ;
5. L'organisation territoriale des soins.

Agnès BUZYN exprime clairement son souhait de réformer le système de santé français. Pour cela, elle évoque le besoin d'une réforme « en profondeur de la tarification des soins » qui sera centrée sur les attentes et les intérêts des patients tant pour la ville, les hôpitaux et le médico-social.

Pour lancer les changements, la ministre de la Santé précise que le gouvernement va s'appuyer sur le fameux article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale « qui permet de tester de nouveaux modes de rémunération comme des financements à l'épisode de soins ou pour la prise en charge de maladies chroniques »³⁰.

Une équipe dédiée à la réforme du financement du système sera dirigée par Jean-Marc Aubert, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques : DRESS). D'ici la fin de l'année 2019, cette équipe devra « proposer des modèles de financement nouveaux, centrés sur les attentes et les intérêts des patients » avec un objectif : « Ces nouveaux modèles devront permettre d'atteindre avant la fin du quinquennat l'objectif fixé par le président de la République de 50% maximum de tarification à l'acte »³¹.

« L'ambition est de proposer des financements de modes de rémunération innovants, avec des objectifs plus collectifs pour décloisonner notre organisation des soins, une meilleure valorisation de la prévention et de la qualité des pratiques et une plus grande pertinence et efficacité des financements. Ces évolutions pourront concerner l'ensemble des professionnels et structures sanitaires et médico-sociales »³².

Les premières expérimentations débuteront dès l'été 2018, des propositions en lien avec la direction de la Sécurité Sociale, devront être proposées afin d'améliorer la régulation de l'ONDAM.

La ministre de la Santé exige que ce travail soit fait en collaboration étroite avec les 4 autres chantiers « car les questions de financement du système de santé irriguent l'ensemble des travaux »³³.

Le financement de l'hôpital, reposant exclusivement sur la tarification à l'activité, ne permet pas d'inclure la recherche et l'innovation comme l'a exprimé le gouvernement. Cela va donc conduire au changement de tarification et peut-être à un changement de pratique. La conduite de changement doit être expliquée pour mieux appréhender ses contours et ses acteurs principaux au sein des établissements de santé.

²⁸ Dr VERAN Olivier, rapport intitulé « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur », page 2, [Consulté le 21/02/2018], URL : <http://solidariteessante.gouv.fr/>

²⁹ BONASTRE Julia, JOURNEAU Florence (Institut Gustave Roussy) et al., « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », [Consulté le 26/02/2018], article lien : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>.

³⁰ FAVEREAU Éric, « Le système de santé : le gouvernement entend mettre fin au « rafistolages » », [Mise en ligne le 13/02/2018], [Consulté le 26/02/2018], http://www.liberation.fr/france/2018/02/13/systeme-de-sante-le-gouvernement-entend-mettre-fin-aux-rafistolages_1629550

³¹ FAVEREAU Éric, « Le système de santé : le gouvernement entend mettre fin au « rafistolages » », [Mise en ligne le 13/02/2018], [Consulté le 26/02/2018], http://www.liberation.fr/france/2018/02/13/systeme-de-sante-le-gouvernement-entend-mettre-fin-aux-rafistolages_1629550

³² Ministère des solidarités et de la santé, « lettre de mission » [Consulté le 03/03/2018], URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_mission_reforme_financement.pdf

³³ FAVEREAU Éric, « Le système de santé : le gouvernement entend mettre fin au « rafistolages » », [Mise en ligne le 13/02/2018], [Consulté le 26/02/2018], http://www.liberation.fr/france/2018/02/13/systeme-de-sante-le-gouvernement-entend-mettre-fin-aux-rafistolages_1629550

7 La conduite du changement

Les changements s'expliquent par une politique de distribution et d'organisation des ressources de santé. La politique est basée sur le monde traditionnel de l'entreprise ce qui implique de nouveaux outils de gestion, de nouvelles pratiques managériales et de nouvelles contraintes institutionnelles. Elle s'appuie sur la dimension économique du soin mais également sur l'idée d'une harmonisation des pratiques soignantes.

Inéluctablement, des notions de rentabilité, de compétitivité, de performance et de production propres au monde de l'entreprise sont alors mises en évidence.

Le contexte socio-économique et les évolutions nécessaires expliquent les changements multiples : organisationnels, institutionnels et culturels. Les hôpitaux sont source d'innovations, d'évolutions et de changement. Il est primordial de s'intéresser à la notion de changement pour mieux en comprendre sa conduite, ses risques et la maîtrise de ses risques.

7.1 Le changement

7.1.1 Une définition complexe

La définition la plus simple du changement est « *l'action de changer, une mutation* »³⁴ renvoie à une action. Or, considérer le changement comme une succession d'actions ne suffit pas à en comprendre les rouages. Le philosophe Héraclite 500 ans avant Jésus Christ relate : « *la seule chose qui est constante, c'est le changement* ».

Le changement se situe à chaque étape de notre vie, de la naissance, à l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte et, enfin, à la mort. Les cellules grandissent puis meurent. Dans le changement, il y a une notion de temps, l'un ne va pas sans l'autre. Dans le changement, l'envie d'une amélioration de l'état initial est le moteur premier mais ce changement s'accompagne de sentiments plus négatifs comme la peur, comme le démontre Pierre COLLERETTE, professeur en gestion, Martin LAUZIER, professeur en psychologie industrielle/organisationnelle et Robert SCHNEIDER conseiller en gestion, formateur en management, professeur au sein de différents programmes universitaires en gestion : « *tout changement significatif au sein d'une organisation entraîne inévitablement de l'incertitude, de l'instabilité et des perturbations pour les gens qui doivent y faire face (Mohrman et al., 1991)* »³⁵.

L'être humain évalue sa part de changement de façon émotionnelle : entre l'envie d'avancer ou la peur du changement. Le changement demande à l'être humain de se modifier. Le changement a une **approche psychologique**. Fort de ses constats successifs, le changement fait partie de la vie et par conséquent, le non-changement, c'est la mort en soi.

C'est pourquoi, David AUTISSIER, maître de conférences à l'PIAE Eiffel de l'PUPEC, directeur de la chaire École Supérieure des Sciences Économiques et Commerciales (ESSEC) du changement et expert dans de grands groupes, et Jean Michel MOUTOT, Professeur associé à Audiencia et ancien associé dans un cabinet de conseil anglo-saxon, intervenant d'entreprise sur la conduite du changement, le définissent comme « *une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* »³⁶. Il s'agit, selon eux, d'un mot « *polymorphe* »³⁷ qui peut désigner tout passage d'un état à un autre. Le mot rupture utilisé dans leur définition n'a pas un coté péjoratif mais rappelle bien l'idée d'une temporalité entre un avant et un après. Cela doit conduire le système, l'organisation ou le groupe à un effort d'adaptation pour permettre une amélioration de leur état de départ. Philippe BERNOUX, sociologue, docteur d'État et directeur honoraire de recherches au Centre National de la Recherche Scientifique renforce cette idée dans sa définition : le fait de « *considérer le changement comme le passage d'un état A à un état B n'est pas très intéressant, car ce qui compte est le moment du passage ainsi que l'état B qui est en émergence* »³⁸. Le changement peut se considérer comme un processus conduisant un être ou une situation à aller d'un point A vers un point B. La notion qui en émerge est le mouvement / le changement devient un **processus dynamique**. Il possède ainsi en lui une plus-value et une complexité dans sa conception. L'idée de processus qui en ressort doit permettre l'amélioration et l'innovation. Le changement peut être induit ou vécu par l'être humain. La question de la capacité de l'être humain à changer se pose. Mais comme énoncé auparavant, le changement fait partie de notre vécu : « *le changement est un état permanent et naturel de la vie et une évidence partagée par tous (...) à savoir la conscience que nous avons de notre capacité d'adaptation continue* »³⁹.

David AUTISSIER et Jean Michel MOUTOT mettent en lumière 4 types de changements⁴⁰ : «

1. **Le « changement continu »** : le changement émerge dans l'organisation de manière non organisée ;
2. **Le « changement proposé »** : le changement est proposé par la direction en termes de résultats attendus et de planning à respecter ;

³⁴ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *changement* », [Consulté le 10/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/changement>.

³⁵ COLLERETTE Pierre, LAUZIER Martin, SCHNEIDER Robert, « *Le pilotage du changement* », Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, page 93.

³⁶ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *Méthode de conduite du changement* », 4^e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, page 9.

³⁷ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *Méthode de conduite du changement* », 4^e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, page 9.

³⁸ BERNOUX Philippe, « *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* », Ed du Seuil février 2010, page 8.

³⁹ MARSAN Christine, « *Réussir le changement* », Ed De Boeck Supérieur, 2008, page 17.

⁴⁰ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *La boîte à outils de la conduite du changement* », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, page 15.

3. **Le « changement dirigé »** : l'impulsion du changement est donnée par la direction de manière injonctive avec une contrainte de réalisation forte et une marge de négociation assez faible ;
4. **Le « changement organisé »** : la finalité du changement n'est pas figée au préalable, les acteurs se voient proposer des méthodes de travail et des échéances dans une logique d'expérimentation. »

En conclusion, le changement ne peut exister que par un processus dynamique et par une approche psychologique. Bien que le changement soit nécessaire à chaque individu, il peut être vu comme une sorte de balancier entre un état initial et un état à venir. Or, qui n'a jamais entendu les propos suivants : « *c'était mieux avant* » ?

C'est pourquoi, il est nécessaire que le changement soit accompagné et dirigé par un acteur central. Il ne faut pas que le changement soit subit mais qu'il soit réfléchi. Cet état de fait considère que la gestion du changement est une activité managériale prioritaire. Dès lors, il est primordial de comprendre son évolution au sein des organisations.

7.1.2 L'apparition dans les organisations

Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la thématique du changement organisationnel. Les premières approches étaient déterministes et fonctionnalistes. Néanmoins, pour donner suite aux différents changements externes ou internes au système, les auteurs ont dû s'adapter.

De même Pierre COLLERETTE, Gilles DELISLE, thérapeute en psychothérapie et consultant en développement organisationnel, et Richard PERRON, professeur en gestion le définissent comme « *toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou par les gens qui en sont en relation avec ce système* »⁴¹. Toute modification de grande ou petite envergure amène inévitablement un changement d'état. Il faut donc en tenir compte avant toute modification d'ordre organisationnelle.

Le contexte économique actuel place le changement au cœur des nouvelles organisations. Les entreprises sont contraintes de se modifier pour répondre à une forte concurrence. Les établissements de santé sont soumis à des exigences législatives qui les contraignent à modifier leur organisation.

Partant de ce constat, les réformes hospitalières se vivent dans le sens de l'entreprise. Il paraît plus simple d'appréhender les projets hospitaliers avec des notions d'efficacité et de retour sur investissement.

D'un point de vue organisationnel, le changement est nécessaire. Depuis quelques années, la dynamique de changement est très prenante. Dans les entreprises, les changements sont induits par les évolutions sociétales. Dans le contexte social, le changement vise une meilleure efficacité des dépenses, des prestations, de la qualité des soins.

7.2 La conduite de changement

7.2.1 La pratique

Le terme « *conduite de changement* » est énoncé dans les années 90, il s'agit d'une pratique gestionnaire. Le but premier est de renforcer l'adhésion des acteurs face au changement mais pas seulement. Elle est apparue dans les entreprises et permet de constituer et de développer des compétences, et d'innover. Les auteurs se sont succédés pour définir la conduite du changement.

Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER, psychologue du travail, professeur en gestion des ressources humaines au Département de relations industrielles de l'Université du Québec en Outaouais et directeur du Centre d'Études et de Recherches en Psychologie Industrielle et Comportement Organisationnel (CERPICO), et Robert SCHNEIDER, conseiller en gestion, formateur en management et professeur au sein de différents programmes universitaires en gestion, résumant quelques postulats avant toute conduite de changement :

1. « *L'être humain est difficile à faire changer, surtout lorsqu'il n'est pas l'instigateur du changement projeté ;*
2. *L'être humain a une grande capacité à s'adapter au changement, mais il dispose de nombreux mécanismes naturels lui permettant d'y échapper si cela lui convient mieux ;*
3. *Si l'on ne parvient pas à faire en sorte que les destinataires d'un changement deviennent des « partenaires », ils risquent de développer une gamme de réactions qui iront de l'indifférence à l'adversité ;*
4. *Les changements ne sont pas nécessairement tous bons, utiles, appropriés ou opportuns ! Le changement n'est ni un absolu ni une vertu et l'appréciation de sa valeur dépend essentiellement de la perspective de l'observateur »*⁴².

⁴¹ Pierre COLLERETTE, G DELISLE et R. PERRON, « *Le changement organisationnel : théorie et pratique* », Québec, Presses de l'université du Québec, 1997, page 9.

⁴² Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER, Robert SCHNEIDER, « *Le pilotage du changement* », Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, page 6.

A savoir que Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER et Robert SCHNEIDER dans leur ouvrage intitulé « le pilotage du changement » énoncent trois phases du changement :

1. **L'éveil** : « *il s'agit donc d'une période de réflexion où l'on soupèse les avantages et les inconvénients du changement par les dirigeants afin de s'en faire une opinion et de se positionner. Selon le bilan (positif, mitigé ou négatif) fait par l'individu au terme de sa réflexion, les réactions iront du refus à l'enthousiasme, en passant par l'hésitation et la résignation (...) La période de l'éveil est souvent caractérisée par de l'incertitude et de l'insécurité. (...) La période de l'éveil peut donc être accompagnée d'une bonne dose d'anxiété. (...) Il s'agit là d'une étape très importante, car sans éveil, il est peu probable que le changement puisse se produire. Par ailleurs, cette période peut amener un éclatement de l'organisation si elle n'est pas encadrée adéquatement* » ;
2. **La transition** : « *la transition correspond à la période durant laquelle on s'initie au nouveau mode de fonctionnement et on expérimente les « nouvelles façons » de faire. On se trouve alors en pleine mouvance : il faut concrètement abandonner les anciennes habitudes et adopter de nouvelles façons de faire. Bien qu'elle puisse être très stimulante, cette étape est généralement difficile : les anciennes pratiques sont à l'état d'automatismes et peuvent difficilement être abandonnées subitement, même dans les cas où elles sont jugées insatisfaisantes par les gens concernés. Il s'agit d'une étape où les individus doivent faire des efforts délibérés pour intégrer les nouveautés. Si elle est bien encadrée, cette période peut néanmoins devenir une source de grande créativité et de mobilisation. C'est en fait ce que l'on observe dans les situations où le changement est géré adéquatement (Collerette, Legris et Manghi, 2006). (...) En fait, lors de la période de transition, **il est important de fournir un bon encadrement au personnel touché pour maîtriser les trois phénomènes qui sont susceptibles d'apparaître dans l'organisation, à savoir : un niveau de stress plus élevé, un état de confusion inhabituel et un sentiment d'incompétence plus ou moins prononcé** » ;*
3. **La ritualisation** : « *lorsqu'un groupe parvient à franchir la période de transition, s'amorce alors la troisième phase, soit celle de la ritualisation. Au cours de cette période, les nouvelles pratiques et les nouveaux réflexes deviennent plus naturels et « s'harmonisent » avec les autres aspects du quotidien. Il s'agit essentiellement d'une période d'ajustement, au cours de laquelle les nouvelles pratiques sont mieux maîtrisées et se transforment progressivement en habitudes. À ce moment, on cesse de constamment référer au passé et on vit au présent* »⁴³.

Le rôle de l'encadrement est primordial dans chacune d'elle. Il se doit d'analyser le contexte, de qualifier le projet et d'avoir des stratégies et des outils. Kurt LEWIN, psychologue pionnier dans le domaine de la psychologie sociale, a lui-même défini ces trois phases en les nommant différemment :

1. La phase de dé cristallisation des normes ;
2. La phase de déplacement ;
3. La phase de cristallisation.

En conclusion, la première phase consiste à l'idée d'abandon des habitudes et des comportements. Cela va permettre de créer une motivation. Il paraît évident que la communication est primordiale.

La deuxième phase est vue comme l'expérimentation du changement en le rendant réel. Il faut rester attentif aux résistances tout en travaillant sur l'attachement aux normes du groupe.

La dernière phase repositionne le changement comme une norme nouvelle et il devient durable. Le changement continu, proposé, dirigé ou organisé va induire des réactions au sein de l'organisation.

Le but de la conduite de changement est la recherche permanente de l'adhésion et de l'engagement de chaque participant mais le plus important est de faire changer le groupe.

Néanmoins, cette conduite de changement doit prendre en considération un autre état important qui peut arriver dès la première phase : la résistance au changement.

7.2.2 La résistance au changement

Étymologiquement le mot résistance signifie la « *qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre corps* »⁴⁴. La résistance renvoie à l'idée d'une action d'opposition d'un corps. Dans les sciences humaines et sociales, la résistance c'est « *l'aptitude qu'ont les êtres humains à affronter toute situation qui leur paraît illégitime* »⁴⁵.

Lorsque que le changement est imposé, le manager est susceptible d'être confronté à de la résistance. Françoise KOURILSKY, Docteur en psychologie, diplômée de Sciences Po, consultante et coach précise que :

⁴³ Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER, Robert SCHNEIDER, « Le pilotage du changement », Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, page 101-104

⁴⁴ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *résistance* », [Consulté le 10/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/resistance>

⁴⁵ Miginmrs, « *Conscience et Résistance* » [Consulté le 09/03/2018], URL <https://fr.slideshare.net/miginmrs/conscience-rsistance>

« Si celui-ci (le manager) met l'accent sur les défauts et les dysfonctionnements du système (changement) et cherche en premier lieu à les éliminer, il a toutes les chances d'activer les résistances de ce système et de le renforcer alors dans ses propres dysfonctionnements »⁴⁶.

Il ne faut oublier que le simple fait de modifier l'état d'une organisation peut également avoir des effets néfastes. Céline BAREIL, professeure agrégée, service de l'enseignement du management à l'école d'HEC de Montréal et Céline BOFFO, vice-présidente de talent management at RBC, le phénomène : « *Changement et résistance au changement sont, comme les deux faces d'une même pièce, irrémédiablement liées* »⁴⁷.

Ainsi, l'importance de prendre en considération la résistance au changement apparaît essentiel à tout changement. Elle permet la réflexion et l'expression des sources de tension que le changement va induire. Il s'agit d'une source d'informations non négligeable pour l'encadrement.

Plusieurs auteurs se succèdent pour définir ce qu'est la résistance au changement :

- Céline BAREIL, en 2004, comme le « *refus d'accepter un changement de la part d'un ou de plusieurs individus et se caractérise par des comportements qui visent à entraver ou à nuire au changement* »⁴⁸ ;
- Simon DOLAN, docteur en gestion des ressources humaines et en psychologie du travail, Éric GOSSELIN, docteur en gestion des ressources humaines à l'université du Québec et Jules CARRIERE, docteur en relations industrielles de l'université de Montréal et professeur agrégé à l'école de gestion le définissent en 2012, comme « *l'attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail* »⁴⁹.

Les individus oscillent entre désir de tranquillité et désir de progrès. Le simple fait de devoir s'adapter au changement demande beaucoup d'énergie et l'individu préfère éviter cette dépense. Les difficultés d'adaptation peuvent induire des résistances aux changements.

Ce qui sépare l'appréhension qu'on a du changement se fait entre ceux qui voient les profits qu'ils vont tirer de la nouvelle situation et ceux qui ne peuvent pas dépasser ce qu'ils vont perdre :

« **Lorsque le changement est suffisamment bien expliqué, que les acteurs concernés sont impliqués au plus tôt dans le processus d'élaboration du changement ou de mise en œuvre, alors les résistances diminuent. Il s'agit d'user de bon sens et de pédagogie pour parvenir à mobiliser des populations hétérogènes et à trouver les ressorts individuels et collectifs de l'adhésion** »⁵⁰.

Comme le précise Kurt LEWIN, la dynamique de groupe a son importance dans la résistance au changement : « *Il a mis en évidence le fait que la résistance au changement provenait de l'attachement des individus aux normes de groupe. Il conclut donc qu'il faut agir sur ces dernières pour obtenir des changements collectifs. Sa théorie des « champs de forces » présente la résistance au changement comme un contrepois direct aux forces qui poussent à adopter un nouveau comportement. Il insiste sur l'importance d'analyser les forces motrices et résistantes au changement qui établissent un certain équilibre au sein d'un groupe* ».⁵¹

De ce principe, il faut affiner les profils des individus, pour cela David AUTISSIER et Jean Michel MOUTOT, proposent de construire « *la carte des alliés* » qui repartit les individus en 7 catégories :

1. « **Les avocats** : inconditionnels du changement, ils le défendent et en font la promotion ;
2. **Les relais** : ils feront tout pour le changement sans le défendre ouvertement ;
3. **Les déchirés** : ils ont une perception négative du projet mais sont très impliqués dans sa réalisation souvent en raison de leur positionnement hiérarchique. Ils ont des comportements ambigus dans le sens où ils alternent les points de vue ;
4. **Les non concernés** : ils ne s'intéresseront jamais au projet et n'y participeront pas ;
5. **Les opposants** : ils s'opposent ouvertement au projet ;
6. **Les détracteurs** : ils correspondent à des comportements d'opposition non avoués ouvertement ;
7. **Les passifs** : ils attendent de voir les risques encourus et les gains potentiels avant de s'engager »⁵².

⁴⁶ Françoise KOURILSKY, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, page 45.

⁴⁷ Christine Marsan, « *Réussir le changement ; Chapitre 3. La résistance au changement* », De Boeck Supérieur, 2008, page 75

⁴⁸ Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER, Robert SCHNEIDER, « *Le pilotage du changement* » tableau 7.1, Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, page 133.

⁴⁹ Pierre COLLERETTE, Martin LAUZIER, Robert SCHNEIDER, « *Le pilotage du changement* » tableau 7.1, Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, page 133.

⁵⁰ Christine MARSAN, « *Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* » De Boeck Supérieur, 2008, page 75.

⁵¹ Christine MARSAN, « *Réussir le changement : comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* » De Boeck Supérieur « Réussir le changement », 2008, page 107.

⁵² AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *La boîte à outils de la conduite du changement* », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, page 51

L'encadrement a un rôle prépondérant dans le repérage du type d'individus ainsi que dans l'accompagnement au changement. Pour cela, il se doit d'adopter des stratégies d'accompagnement des différents profils. Le but étant de limiter les résistances au changement dans le temps. Ce travail est continu dans le temps du projet.

La résistance est partie intégrante du changement. L'importance des émotions de l'individu dans le changement n'est pas à négliger. La courbe du deuil d'Élisabeth KUBLER-ROSS, psychiatre, décrit cinq étapes successives qui peuvent tout à fait être appliquées au changement⁵³ :

1. *Le déni* ;
2. *La colère* ;
3. *Le marchandage* ;
4. *La dépression* ;
5. *L'acceptation*.

Comme le disent David AUTISSIER et Jean Michel MOUTOT, cette courbe de deuil peut être appelée « *courbe d'apprentissage du changement* »⁵⁴.

De même, Josette HART, diplômée de sociologie et de socio-économie de la santé, cadre infirmier, formatrice et consultante au Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Éducation Professions Sanitaires (et Sociales (GRIEPS), et Sylvie LUCAS, docteur en sciences de gestion, maître de conférences à l'Université Paris-Dauphine, nomment ses 5 étapes comme le « *refus de comprendre, résistance, décompensation, résignation et intégration* »⁵⁵.

Par conséquent, la résistance fait partie intégrante de tout processus de changement. Il faut donc juste savoir catégoriser leur survenue comme l'explique Françoise KOURILSKY, docteur en psychologie, diplômée de Science Po, reconnue pour son approche de la conduite du changement :

« *Toute conduite du changement peut provoquer des résistances. Elles sont un phénomène naturel dans un processus de changement ; mais elles peuvent aussi résulter d'une erreur d'intervention. Dans le premier cas, il s'agira d'exploiter la fonction utile de ces résistances, dans le second de rectifier l'erreur commise* »⁵⁶.

Le constat de son existence dans le changement étant posé, la résistance doit être appréhendée pour mieux l'utiliser. L'exploitation des résistances doit être facilitant pour le CDS : « *ainsi les résistances s'épargnent, s'investissent, s'utilisent, se développent, se réorientent, se déplacent et au besoin, se créent délibérément si c'est utile* »⁵⁷.

« *Il est important d'en tenir compte pour mieux les apprivoiser : en reconnaissant leur bien-fondé originel et en exploitant leurs fonctions utiles nous facilitons l'accomplissement du changement souhaité* »⁵⁸.

La résistance peut-être une plus-value dans le changement et le rôle du CDS est déterminant. « ***C'est à celui qui écoute (...) responsable ou manager, de privilégier cette attitude de vigilance positive pour mettre en valeur et mobiliser les ressources de la personne concernée plutôt que de souligner ses limitations et de focaliser sur elle. Le repérage systématique des ressources favorise une écoute constructive de part et d'autre et crée, en outre, un climat de confort et de confiance indispensable à la conduite du changement*** »⁵⁹

7.3 La gestion de conflit

Étymologiquement le mot conflit vient du latin « *conflictus* »⁶⁰ qui signifie choc. Il s'agit du choc des parties en présence (des fonctions, des rôles occupés dans la structure) face à un objectif général commun.

Le conflit signifie la rencontre de sentiments ou d'intérêts qui s'opposent : querelles, désaccords, lutte de pouvoir. Si cette opposition d'intérêt n'est pas traitée, elle peut entraîner un conflit ouvert. Dans le monde du travail, le changement et l'innovation sont souvent à l'origine du conflit.

Ce dernier fait apparaître des problèmes de communication, voir même d'incompréhension. Et pourtant le conflit a deux aspects paradoxaux : il peut être à la fois **négatif** avec un climat de tensions au travail mais également **positif** en mettant à jour des dysfonctionnements au sein de l'organisation et apporter des propositions de changements.

⁵³ Élisabeth KUBLER-ROSS, psychiatre auteur de : « *On Death and Dying* », 1969

⁵⁴ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *La boîte à outils de la conduite du changement* », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, page 82.

⁵⁵ Josette HART et Sylvie LUCAS, « *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, page 10.

⁵⁶ Françoise KOURILSKY, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, page 240

⁵⁷ Françoise KOURILSKY, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, page 240

⁵⁸ Françoise KOURILSKY, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, page 241

⁵⁹ Françoise KOURILSKY, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, page 229-230

⁶⁰ Définition du mot « *Conflit* », [Consulté le 2/03/2018], URL : <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php>.

Thomas GORDON, docteur en psychologie américain, affirme que « *les conflits deviennent pour la plupart des gens des luttes pour le pouvoir dans lesquelles il y a un gagnant et un perdant* »⁶¹. Il faut savoir dépasser cette logique qui génère une vision négative du conflit. Les conflits sont inhérents à toute organisation : ils permettent, tout comme les résistances aux changements, de faire évoluer l'organisation du système en permettant une pérennisation.

Richard BREARD, diplômé en sciences de l'information et de la communication, de psychologie et Pierre PASTOR, docteur en science de l'information et de la communication, diplômé de psychologie affirment que « *toute relation interpersonnelle est fondée sur des liens d'interdépendance. Un sujet dépend d'autrui, et réciproquement. (...) Dans le mode du travail, la question de la domination est assez complexe, parce qu'elle s'exerce aussi bien dans le cadre d'une relation hiérarchique que dans le cadre de relations informelles* »⁶².

Le conflit demande une interaction humaine entre deux individus ou des groupes. Le processus de tout conflit se décrit par les divergences. A l'origine, elles s'expliquent par la **perte de vue de l'objectif général au profit des objectifs spécifiques à chaque fonction**. Cela se traduit par un repli de chaque partie devant l'urgence de répondre à ses objectifs spécifiques. Cette position défensive entraîne une tension des relations interpersonnelles.

Les organisations interhumaines ont un objectif général commun, des objectifs spécifiques et des dysfonctionnements pouvant entraîner des difficultés à réaliser l'objectif commun. Il ne suffit pas de connaître et de mettre bout à bout le fonctionnement des éléments pour comprendre le fonctionnement global d'une structure. Le fonctionnement global a lui-même des conséquences sur le fonctionnement des éléments :

*« Le changement n'est pas toujours le signe de grandes évolutions, marquant une rupture et porteur d'un saut qualitatif ou quantitatif, il peut aussi être celui de l'action quotidienne, moins spectaculaire mais tout aussi efficace ou nécessaire dans le fonctionnement d'une équipe... Michel CROZIER (sociologue français) confirme cette assertion en déclarant qu'« on ne change pas la société par décret »*⁶³.

La modélisation du processus du conflit s'attache à décrire non plus les causes structurelles mais le processus du conflit lui-même. Les systèmes permettent de rester en interaction. Une grande capacité de communication peut s'accompagner d'un repli identitaire. Autrement dit, le conflit est là quand l'interaction est vécue comme une menace. Le nerf de la guerre étant alors le besoin de renforcer son positionnement. Une bonne frontière est essentielle : ni trop ouverte pour protéger, ni trop fermée pour permettre les échanges. Les sources de conflits sont multiples : les désaccords, les difficultés relationnelles, les divergences de valeurs voire un manque de communication. Les conflits interpersonnels sont inévitables mais également et nécessaire à la dynamique de groupe. Les auteurs s'évertuent à redéfinir le concept de conflit avec ses **valeurs humaines** et son contexte d'émergence :

*« J. Hart et S. Lucas montrent en traitant un exemple hospitalier que les représentations sociales des acteurs vis-à-vis du changement sont inhérentes à leur vécu antérieur du changement : si un changement antérieurement demandé n'a pas apporté les bénéfices escomptés, cela accentuera la résistance au changement proposé. Dans ce cas, le rôle du CDS est déterminant »*⁶⁴.

Il s'agit de considérer les interactions internes du système humain, les interactions externes entre les systèmes, la frontière, l'interface, les points d'échange et l'équilibre de l'exposition à l'information.

La gestion de conflit n'est pas une résolution du conflit, il s'agit avant tout de transformer ces situations en opportunité managériale. Leur gestion et leur régulation sont consommatrices d'énergie et de temps. Il ne suffit pas simplement de communiquer, il faut amener les gens à communiquer et à dialoguer entre eux pour leur permettre de construire une solution commune :

*« La régulation des tensions n'est pas à proprement parler une politique d'évitement des conflits. (...) on peut tenter de canaliser ces forces de revendication pour trouver des compromis qui satisfassent aussi bien l'intérêt global de l'organisation que les intérêts particuliers »*⁶⁵.

Pour réguler les tensions, l'innovation, la responsabilisation, la communication verbale et les techniques de communication sont des remèdes aux conflits. Il paraît évident que la délégation peut être une particularité à développer :

*« Les entreprises de demain devront être fortement décentralisées et accroître considérablement la participation de tous les acteurs, de la base au sommet »*⁶⁶.

⁶¹ GORDON Thomas, « *cadres et dirigeants efficaces* », Éditions Belfond, Paris 1990, page 112.

⁶² Richard BREARD et Pierre PASTOR, « *Gestion des conflits la communication à l'épreuve* », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 33.

⁶³ Josette HART et Sylvie LUCAS, « *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, page 8.

⁶⁴ Josette HART et Sylvie LUCAS, « *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, page 8.

⁶⁵ Richard BREARD et Pierre PASTOR, « *Gestion des conflits la communication à l'épreuve* », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 106.

⁶⁶ Richard BREARD et Pierre PASTOR, « *Gestion des conflits la communication à l'épreuve* », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 109.

Les stratégies de résolution de conflit doivent se réaliser inéluctablement en présence des parties concernées. Il existe différentes étapes à réaliser selon Richard BREARD et Pierre PASTOR :

- « Analyser les conflits ;
- Instaurer un cadre ;
- S'ouvrir à une nouvelle vision ;
- Créer un groupe d'appui ;
- Assurer l'après conflit »⁶⁷.

Ils ajoutent :

« Dans ces organisations (organisation bureaucratique) à forte croissance et aux effectifs importants, les conflits collectifs sont les plus nombreux. Ils prennent la forme d'une rupture drastique entre une direction qui impose trop souvent des mesures sans concertation préalable avec les partenaires syndicaux, et la base qui n'entend pas subir sans bouger ce qu'elle considère comme une injustice »⁶⁸.

Le management doit se saisir du conflit selon 6 principes :

1. « Accepter d'expérimenter des idées nouvelles ;
2. Conduire des choix d'actions qui comportent toujours des alternatives ;
3. Afficher sans cesse son ouverture ;
4. Travailler en permanence pour obtenir un consensus ;
5. **Se placer en situation d'être le catalyseur ;**
6. Élaborer des règles qui sédimentent le consensus obtenu »⁶⁹.

Le rôle du CDS relève de la nécessité d'accueillir les spécificités des éléments et susciter l'objectif commun. Le "management coresponsable" est notamment une proposition de résolution du conflit. Un catalyseur se définit comme « une substance qui augmente la vitesse d'une réaction chimique sans paraître participer à cette réaction »⁷⁰.

Une bonne connaissance des mécanismes en œuvre dans le conflit et la mise en place de dispositifs comme la médiation permette au CDS de jouer un rôle de régulateur au sein de son équipe.

Le manager peut ainsi tirer profit des situations conflictuelles pour régler les dysfonctionnements et insuffler les changements nécessaires au sein de l'organisation. L'idée que le CDS se place en situation d'être le catalyseur le situe en position centrale, et cela fait apparaître cette notion d'un **travail invisible** comme le dit Paule BOURRET.

Néanmoins, le CDS se doit de connaître les valeurs et l'histoire de son équipe pour être pertinent dans son analyse de la situation.

⁶⁷ Richard BREARD et Pierre PASTOR, « Gestion des conflits la communication à l'épreuve », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 141-147.

⁶⁸ Richard BREARD et Pierre PASTOR, « Gestion des conflits la communication à l'épreuve », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 83.

⁶⁹ Richard BREARD et Pierre PASTOR, « Gestion des conflits la communication à l'épreuve », 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, page 135.

⁷⁰ Site Larousse, onglet encyclopédie, [Consulté le 18/02/2018], URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catalyseur/13725>

8 L'histoire et la construction des valeurs soignantes

8.1 L'histoire des soignants : le corps médical et paramédical

Dans le mot « *soignant* », il faut entendre « *qui donne des soins, qui soigne une personne* »⁷¹. Partant de cette définition, le corps soignant comprend les médecins, les chirurgiens, les anesthésistes, les psychiatres, les pharmaciens, les radiologues, les CDS, les IDE, les préparatrices en pharmacie, les AS, les ASH, les AMP, les auxiliaires puéricultrices, les sages-femmes, les ergothérapeutes, les psychologues, les psychomotriciennes, etc. Le corporatisme hospitalier se décline comme étant le corps médical, le corps paramédical et un corps administratif dont fait partie l'administration.

Le corps soignant se divise en deux : d'un côté les médecins, de l'autre les paramédicaux. La base de la médecine peut se définir comme l'art de « *guérir* ». Il s'agit d'un art scientifique. Les pratiques médicales sont pendant longtemps décrites par les écoles de médecine. La médecine existe bien avant l'hôpital.

L'art de « *prendre soin* » est, pour sa part, dévolue aux femmes, aux mères transmises de génération en génération. La femme soignante est longtemps vue comme une « *sorcière* ».

À l'origine, comme nous avons pu l'affirmer précédemment, l'infirmier est un religieux qui prend soin des malades dans les infirmeries ou les maisons de la charité. Il s'agit avant tout d'un métier par vocation ou dévotion ce qui est la base des valeurs soignantes.

Avant de parler de l'art de « *guérir* » et de « *prendre soin* », il s'avère important de revenir sur l'histoire de chacune des professions du corps soignant.

8.1.1 Le corps médical

L'évolution des organisations de santé s'est effectuée en parallèle de celle de la médecine. Cependant, la médecine existe bien avant les hôpitaux, et surtout en dehors des hôpitaux. La médecine comme discipline et activité autonome se développe dans l'Antiquité.

A la fin de XVII^{ème} siècle, la médicalisation progressive des hôpitaux se fait grâce aux réformes religieuses. Mais les médecins n'exercent que le matin dans les hôpitaux. L'hôpital reste un lieu d'expérience.

Le siècle des Lumières, pour sa part, travaille sur les notions d'hygiène et l'organisation hospitalière se traduit, à terme, par la mise en place de services spécifiques aux spécialités médicales. Du coup, l'affirmation du pouvoir médical se décline comme suit :

*« La période révolutionnaire a été l'occasion d'une libéralisation de l'exercice professionnel. La faculté de médecine est bel et bien supprimée à cette occasion, et avec elle, l'enseignement même de la médecine. Les conséquences seront lourdes, la profession enregistrant un déficit de praticiens formés courant sur une période de près de 10 ans. Il s'en suit le développement de phénomène de charlatanisme que les progrès de la médecine et une saine discipline exercée par les médecines avaient fait progressivement disparaître durant la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle »*⁷².

Lors de la Révolution Française, la promulgation du principe d'égalité pour tous conduit à la suppression des corporations. Chacun peut alors exercer la médecine comme bon lui semble.

Le Consulat met fin à cette situation en imposant la mise en place d'un diplôme en médecine et la création d'écoles de médecine.

*« Le contrôle de l'État sur les médecins n'est pas chose nouvelle et l'on peut même considérer celui-ci comme l'une des formes les plus anciennes de droit médical, les praticiens étant au centre de toute décision étatique de dimension sanitaire. Mais la forme que ce contrôle doit prendre a toujours été au centre de débats que seule l'immédiate avant-guerre règlera »*⁷³.

En 1958, la réforme initiée par le Professeur Robert Debré crée les CHU et les médecins à temps plein au sein des CHU. Les médecins se doivent de consacrer leur temps plein aux soins, à l'enseignement et à la recherche, qui devient source de transformation de la pratique médicale.

De plus, avec la loi de 1958, les chefs de service sont nommés par le directeur. Par conséquent, la diversification des spécialités médicales se multiplie. Les principes définissant le corps médical sont :

- La liberté de prescription ;
- La liberté de fixer ses tarifs ;
- La liberté de choisir ses patients ;

⁷¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *soignant* », [Consulté le 10/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/definition/soignant>

⁷² Clémence ZACHARIE, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « *droit de la santé-réglementation des professions de santé* », introduction, séance 2, août 2017, page 9.

⁷³ Clémence ZACHARIE, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « *droit de la santé-réglementation des professions de santé* », introduction, séance 3, août 2017, page 7.

- La liberté d'installation.

Ces principes ont presque tous été modifiés par l'État depuis plusieurs années. Les recommandations et les bonnes pratiques thérapeutiques influencent la notion de liberté de prescription. Le conventionnement limite les tarifs et surtout les dépassements. Le choix du patient est remis en cause par la loi sur la non-assistance à personne en danger. Il ne reste plus que la liberté d'installation. L'État travaille sur l'accès aux soins comme valeur de la constitution. Il travaille alors sur cette notion d'installation médicale.

Le projet de pôle d'activité clinique est fait par le chef de pôle qui n'est autre qu'un médecin. Il définit « *les missions et les responsabilités des différents services, l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures, les moyens et l'organisation qui en découlent.*

Le projet de pôle détermine l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions... »⁷⁴.

Le projet de pôle permet donc d'organiser les ressources au sein des services. Néanmoins, le chef de pôle peut s'appuyer sur les équipes paramédicales afin de réfléchir sur le projet. Il paraît donc important de s'intéresser à la création du corps paramédical au sein de l'hôpital.

8.1.2 Le corps des paramédicaux

Au XVII^{ème} siècle, les épidémies et les guerres entre États se multiplient. L'apparition des premières instructions pour les infirmières se situe en 1633, avec les sœurs de Saint-Vincent de Paul de Paris. Les sœurs inculquent à l'infirmière la notion d'obéissance au médecin.

A cette époque, l'IDE a pour mission la réalisation des soins d'hygiène et de nutrition uniquement avec pour objectif de faire le bien pour les malades. C'est l'hyperspécialisation qui amène l'évolution de la fonction IDE surtout lors de la Première Guerre Mondiale. En parallèle, la chirurgie évolue pour devenir de la chirurgie réparatrice ce qui demande des personnels formés. L'hygiène avec l'asepsie n'apparaît que grâce à Pasteur et à la découverte des antibiotiques au XIX^{ème} siècle. La chirurgie se réinvente car le risque de morts est moins présent et les services de réanimation voient alors le jour. En 1878, le docteur Désiré Magloire BOURNEVILLE ouvre les premières écoles municipales d'infirmier(ère)s de hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris. La formation concerne un type de femme. Par cet emploi, les femmes « *infirmières* » trouvent une place dans la société. Elles s'emploient à travailler sous le couvert des religieuses, en respectant leur mode de vie.

De même, au XIX^{ème} siècle, la personne malade change de statut et devient « *le malade* » : la personne pauvre participe au progrès de la science en échange de soins gratuits. Il évolue en « *objet de soin* ». De plus en plus présents à l'hôpital, les médecins se structurent au travers d'une hiérarchie médicale.

L'infirmière est la servante qui seconde les sœurs hospitalières. Les religieuses se bornent à un rôle de surveillance des personnels laïcs infirmiers et infirmières dont la fonction reste subordonnée à la charité chrétienne et à la bienfaisance⁷⁵.

L'infirmière est l'assistante du médecin, néanmoins, apparaissent quatre courants de pensée : « *Celui des Républicains dans les hôpitaux publics, porté par le Docteur Désiré Magloire BOURNEVILLE qui développa la formation des infirmières laïques de l'assistance publique ; celui des cléricaux, médecins et ecclésiastiques qui prônaient le maintien d'une fonction soignante religieuse ; celui des Sociétés Croix-Rouge que développa le Docteur Duchaussoy, et celui des écoles privées que Mademoiselle le Docteur Anna Hamilton à Bordeaux disciple de Florence Nightingale* »⁷⁶.

Au début du XX^{ème} siècle, l'apparition de plusieurs facteurs : la séparation entre l'Église et l'État, l'assistance médicale, la gratuité des soins pour tous, participent au mouvement de laïcisation au sein des hôpitaux et de l'évolution des valeurs hospitalières. Néanmoins, faute de personnels laïcs, les religieuses reviennent au sein des hôpitaux dans des fonctions de gestion. Lors de l'apparition des infirmières, l'infirmière civile ne peut prétendre au poste de responsable. Cette valeur de charité est l'empreinte de la profession infirmière.

Certains des courants prennent une ampleur, notamment celui qui fait de l'infirmière une élève du médecin. Le médecin partage ses connaissances de façon limitée avec les infirmières. Néanmoins, la formation des infirmières basée sur l'observation et les concepts extraits des sciences humaines induit une pensée différente. De toutes ses constructions, la profession d'infirmier(ères) émerge.

⁷⁴ Agence nationale d'Appui à la performance (ANAP) et le ministère de la Santé et des sports, « *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre* » : », [Consulté le 19/12/2017] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

⁷⁵ JEANGUIOT Nicole, « *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières* », Recherche en Soins Infirmiers, 2006/4 n°87 pages 82.

⁷⁶ MAGNON René, « *les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle* », Masson, 04/07/2003 page 24.

De même, Léonie CHAPTAL, fondatrice d'œuvres, promotrice de la profession d'infirmière et d'assistante sociale, présidente fondatrice de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'État Français (ANIDEF), a une approche différente du métier : pour elle « *L'infirmière s'occupe d'être humains et non de pathologies. Elle doit s'intéresser à tout ce qui concerne son patient. La compétence infirmière est liée à la connaissance de la personne soignée, dans toutes ses dimensions. L'infirmière doit tout savoir du malade, non pas tout de la maladie ; le malade, c'est l'art de l'infirmière, la maladie, c'est la science du médecin* »⁷⁷.

Durant un demi-siècle, trois types d'infirmières évoluent : les religieuses, les publiques et privées :

« *L'arrêté du 24 juin 1924 pose les fondements de la formation infirmière. Cet arrêté fixe les programmes-types des écoles d'infirmières de l'État français : la formation est d'une durée de vingt-deux mois, elle concerne les infirmières hospitalières et les infirmières visiteuses* »⁷⁸.

Avec les évolutions techniques et le développement de la technique de soins, l'hygiène, et surtout pendant la Seconde Guerre Mondiale, la charge de travail de l'infirmière plus importante avec ce qui entraîne l'apparition d'une nouvelle fonction : les Aides-Soignantes, qui deviennent les auxiliaires de soins de l'IDE.

Néanmoins, la professionnalisation de l'infirmière prend quelques années. Les fondements des soignants restent dans l'imaginaire collectif, comme étant des personnes ayant des valeurs nobles : le dévouement, l'obéissance, la vocation, la charité, le bénévolat et la soumission au médecin et ce jusqu'en 1970. Ses valeurs sont très ancrées dans la chrétienté. La soumission s'est faite au début avec l'Église et ensuite avec le corps médical. Les soignants sont des « *para* » médicaux :

« *L'infirmière reste une auxiliaire médicale jusqu'en 1978, date à laquelle une nouvelle loi (31 mai 1978) lui reconnaît formellement une autonomie à travers un « rôle propre » à côté de son rôle traditionnel d'exécution des soins sur prescription médicale* »⁷⁹.

Le premier diplôme apparaît pour aider au développement de la médecine et de la chirurgie. Il paraît important de s'intéresser à l'évolution de l'équipe soignante.

8.2 L'évolution de l'équipe soignante

8.2.1 Le cure/le care

L'art de « *guérir* » et l'art de « *prendre soin* » sont liés au concept de CURE et celui de CARE : « *Le cure étant associé aux sciences médicales et le care plus spécifique à la prise en soin infirmière* »⁸⁰. Ces deux dimensions du soin permettent de différencier le rôle sur prescription (CURE) et le rôle propre (CARE).

Ces termes, étant issu de l'anglais, ont plusieurs connotations possibles. Le CARE « *dans la première (acceptation) signifie le souci ou l'inquiétude, soit le soin ou la sollicitude, et dans la seconde, une notion de soin ou d'attention* »⁸¹.

Le CARE a un lien prépondérant avec le registre des émotions, des affects et de l'accompagnement. Il « *recouvre les soins d'entretien et de maintien de la vie : ce sont tous les soins permanents et quotidiens, ayant pour fonction d'entretenir la vie en la nourrissant en énergie.* »⁸². Pendant longtemps, ce pendant du soin est dévolu aux femmes.

« *»*⁸³. Depuis la fin des années 1970, la formation infirmière s'est construite vers la dimension du CARE en opposition au CURE.

Jean Manuel MORVILLERS, infirmier, CSS, renseigne dans son article « *Le care, le caring, le cure et le soignant* » que « *Winnicott soutient que le care a eu comme racine le mot cure* »⁸⁴. En français et dans la religion chrétienne, le curé est un ecclésiastique qui est en « *charges des âmes, des fidèles* »⁸⁵. En ce sens, le cure possède une notion spirituelle bienfaisante envers des personnes tout comme le care renvoie au soin d'autrui.

De nos jours, le passage de la qualification à la compétence impose une refonte des systèmes de formation, notamment pour les formations paramédicales qui ont par ailleurs à s'inscrire dans la structure universitaire du processus de Bologne.

⁷⁷ Marie PETRUS-KRUPSKY « *l'enseignement du care en IFSI* », recherche en soins infirmiers, n°122 2015/3, pages 90 à 96.

⁷⁸ JEANGUIOT Nicole, « *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières* », Recherche en Soins Infirmiers, 2006/4 n°87 pages 88.

⁷⁹ BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, page 33.

⁸⁰ Marie PETRUS-KRUPSKY article intitulé « *l'enseignement du care en IFSI* », recherche en soins infirmiers, n°122 2015/3, pages 91.

⁸¹ Jean Manuel MORVILLERS, « *Le care, le caring, le cure et le soignant* », Recherche en soins infirmiers n° 122, Septembre 2015, page 78.

⁸² GRIEPS, « *Le Care* », [Consulté le 01/03/2018], URL : <http://www.grieps.fr/actualites/le-concept-de-laquo-care-raquo-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49>.

⁸³ Marie PETRUS-KRUPSKY article intitulé « *l'enseignement du care en IFSI* », recherche en soins infirmiers, n°122 2015/3, pages 91.

⁸⁴ Jean Manuel MORVILLERS, « *Le care, le caring, le cure et le soignant* », Recherche en soins infirmiers n° 122, Septembre 2015, page 80.

⁸⁵ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *cure* », [Consulté le 22/03/2018] URL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/cure//1>.

« La formation infirmière telle qu'elle existe aujourd'hui est entrée en 2009 dans une mutation fonctionnelle et organisationnelle qui doit la conduire vers l'université (...) à terme un accès vers une discipline en sciences infirmières »⁸⁶.

Cela est nécessaire pour permettre une harmonisation des pratiques européennes. Et ainsi, pouvoir dans l'avenir participer à la reconnaissance de la discipline des sciences infirmières et permettre le développement des recherches en soins infirmiers.

Selon Esther LEPAICHEUX, chargée de mission au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la pratique avancée : « il s'agit du développement approfondi des compétences et connaissances des pratiques de soins infirmiers à un niveau avancé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé en pleine mutation »⁸⁷.

La loi de janvier 2016, dans son article 119 de modernisation du système de santé modifie le Code de la Santé Publique précise : « Les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire »⁸⁸.

L'Infirmière dans les Pratiques Avancées (IPA) va pouvoir accéder, sous certaines conditions, à certaines missions médicales. Cette évolution va nécessairement impacter le métier et les organisations des équipes soignantes.

8.2.2 L'équipe soignante

Dans son article, le professeur psychiatre Robert LAFON donne l'étymologie du mot « équipe ». Il provient du vieux français « esquif » qui signifie « une série de bateaux amarrés les uns aux autres, allant à la voile ou traînés par des hommes »⁸⁹. Dans le mot équipe, il y a présence de notions telles que l'objectif commun et du nécessaire besoin d'un minimum d'organisation. L'équipe se définit comme un « groupe de personnes réunies pour accomplir ensemble un travail commun »⁹⁰. La notion de collaboration apparaît et y est déterminant.

Pour Pierre CAUVIN, Docteur en sciences sociales, diplômé de Sciences politiques et consultant en management, « le statut de l'équipe connaît tous les degrés de formalisation, à commencer par l'absence de statut, mais elle est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun »⁹¹.

Les caractéristiques de l'équipe reposent sur la notion de collectif et le besoin d'un esprit commun. La constitution et le développement d'une équipe passe par ce nécessaire besoin de collectif.

Néanmoins, le groupe ne devient pas nécessairement une équipe. L'équipe est réunie autour d'objectifs communs : les projets d'établissements, de pôle et de service. L'équipe soignante répond également à ce besoin de collectif pour exister. D'après Olivier DEVILLARD, consultant en ressources humaines et management, coach et psychosociologue l'équipe « se définit comme un groupe d'individus, organisés ensemble, conduit par un leader et œuvrant pour un même objectif. Cette formulation met en évidence quatre composants internes : un groupe d'équipiers, un chef (pilote, manager, responsable), un objectif, des pratiques qui visent la concertation d'action »⁹².

L'équipe soignante se définit par l'addition, la complémentarité des différents groupes, corps et professions (médicale, paramédicale et sociale). Le leader est représenté par le CDS.

Roger MUCCHIELLI, psycho-sociologue et psychopédagogue français dans son livre intitulé « le travail en équipe », définit les conditions du travail d'équipe comme « une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche ; L'expression possible des désaccords et des tensions ; La non mise en question de la participation affective du groupe ; L'entraide en cas de difficulté d'un des membres ; La volonté de suppléance d'un membre défaillant ; La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun ; La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche »⁹³. R. MUCCHIELLI évoque également qu'il est primordial que les conditions d'activités individuelles soient respectées comme le but à atteindre, les moyens mis en place les résultats et les changements induits.

⁸⁶ Comité d'entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), « L'intégration des formations en Santé à l'université : les 11 propositions du CEFIEC », [Consulté le 22/02/2018] URL <http://www.cefiec.fr/Document/Article/PropositionsCandidats.pdf>.

⁸⁷ NAYRAC Clémence, « La pratique avancée en soins infirmiers attend toujours son décret d'application » [Mise à jour le 15/06/2017] [Consulté le 2/02/2018], URL : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/la-pratique-avancee-en-soins-infirmiers-attend-toujours-son-decret-d-application.html>

⁸⁸ Art. L. 4301-1-I- du Code de la santé publique

⁸⁹ www.classiques-garnier-com.ezprozy.u-pec.fr

⁹⁰ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « équipe », [Consulté le 15/02/2018] URL : <http://cnrtl.fr/definition/equipe>

⁹¹ BION W.R. in CAUVIN P., « La cohésion des équipes », Op. Cit., page 9.

⁹² Olivier DEVILLARD, « dynamiques d'équipes », 3^{ème} édition, éditions d'organisation, 2005, page 3.

⁹³ MUCCHIELLI R., « Le travail en équipe », 17^{ème} éditions, 2016, les Éditions ESF, page 77.

Le CDS a alors un rôle central comme le dit Paule BOURRET, infirmière, docteur en sociologie, CDS formatrice : « *le travail soignant et médical est envisagé sous formes de logigrammes, c'est-à-dire comme l'enchaînement d'une série de tâches séparées et juxtaposées. Les cadre de santé sont en fait sollicités pour aligner les besoins de leur service sur l'activité globale de l'hôpital dans une perspective d'aide à une forme de gestion définie par d'autres* »⁹⁴.

Après avoir vu la création et l'évolution des soignants, il semble important de s'intéresser plus particulièrement aux soignants du service public.

8.3 Les soignants du service public

8.3.1 Le service public hospitalier

De nos jours, le Code de Santé Publique décompose les professions de santé en trois catégories :

1. **Les professions médicales** : médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10) ;
2. **Les professions de la pharmacie** : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;
3. **Les professions d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Certaines professions ont un décret d'exercice, qui régit leurs actes comme les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les professionnels de santé sont regroupés au sein d'un ordre professionnel. « *Ils (ces ordres) remplissent une fonction de représentation de la profession mais également une mission de service public en participant à la réglementation de l'activité et en jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour ses membres* »⁹⁵.

Le **service public**, quant à lui, se définit comme une « *activité d'intérêt général prise en charge par une personne publique ou par une personne privée mais sous le contrôle d'une personne publique. On distingue les services publics d'ordre et de régulation (défense, justice...), ceux ayant pour but la protection sociale et sanitaire, ceux à vocation éducative et culturelle et ceux à caractère économique. Le régime juridique du service public est défini autour de trois principes : continuité du service public, égalité devant le service public et mutabilité (adaptabilité)* »⁹⁶.

En définitive, les valeurs de l'hôpital proviennent de plusieurs siècles d'histoire. Les valeurs du service public sont inscrites dans une série de principes formalisés au XX^{ème} siècle :

1. **L'égalité** : elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie, âge...) et le devoir de soigner chacun, quelle que soient son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion ;
2. **La neutralité** : elle doit être respectée. Les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades ;
3. **La continuité** : l'hôpital public se caractérise notamment par ses obligations spécifiques en matière d'accueil en urgence. Il doit mettre en place un système de permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assurer l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs ;
4. **L'adaptabilité** : les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population. Le patient a droit à un service de qualité et les services rendus doivent être évalués avec rigueur.⁹⁷

Le Code de la Santé Publique émet ses principes à l'article L6112-1, mais l'adaptabilité se définit comme la « *capacité d'une chose à pouvoir se modifier facilement en s'adaptant aux modifications auxquelles son emploi peut être soumis* »⁹⁸.

Les professionnels de santé sont confrontés aux exigences légitimes des patients, mais aussi à des nouvelles pratiques hospitalières centrées sur l'efficacité. Le principe d'adaptabilité est induit par les changements multiples induits par les nouvelles réglementations. De même, « *la notion de projet est adaptative, et cette adaptabilité naît de l'action du terrain. Le cadre de santé y mène une action stratégique déterminante* »⁹⁹.

Dans l'évolution de ses valeurs soignantes, il paraît important de s'intéresser à la place du CDS.

⁹⁴ BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, page 244.

⁹⁵ Vie publique au cœur du débat public, « *Qui sont les professionnels de santé ?* » [Mise à jour le 27/04/2017] [Consulté le 18/02/2018] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html>

⁹⁶ Vie publique au cœur du débat public, « *Qui sont les professionnels de santé ?* » [Mise à jour le 27/04/2017] [Consulté le 18/02/2018] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html>

⁹⁷ Hopital.fr, « *Les valeurs de l'hôpital* » [consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-du-service-public>

⁹⁸ Définition, « *Adaptabilité* », [consulté le 31/01/2018] URL : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/adaptabilite/>

⁹⁹ Josette HART et Sylvie LUCAS, « *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, page 17

9 La place du Cadre de Santé

En 1803 étymologiquement, le mot « cadre » signifie « *ce qui circonscrit un sujet* ». Avec l'apparition du monde industriel, le cadre prend un autre sens et devient « *le personnel d'encadrement (des entreprises)* »¹⁰⁰. La notion d'encadrement est prédominante, mais ne définit pas à elle seule le CDS. La profession de CDS est ancienne mais sa fonction a constamment évolué tout comme le monde de l'hôpital.

D'après Michel YAHIEL et Céline MOUNIER, Inspecteur général des affaires sociales et conseillère générale des établissements de santé, « *il y a actuellement dans les établissements de santé 26 000 cadres chargés de l'organisation des soins. Sur ce total, il faut compter près de 20 000 cadres responsables d'unités de soins, l'unité de soins étant, à l'hôpital, l'endroit où les patients sont effectivement pris en charge. Les 6 000 cadres restants sont des cadres supérieurs, responsables de pôles hospitaliers, chaque pôle regroupant plusieurs unités de soins* »¹⁰¹.

Néanmoins, la professionnalisation du CDS ne s'est fait que tardivement. Pour mieux comprendre l'évolution de la profession de CDS d'aujourd'hui, il est primordial de comprendre son contexte d'émergence pour mieux envisager son devenir.

9.1 L'histoire de l'évolution d'une profession récente

L'évolution de la fonction de CDS s'explique par l'évolution de son appellation : au Moyen-Âge, la hiérarchie ecclésiastique fait apparaître les premières mères supérieures. Il s'agit de religieuses ayant des missions centrales dans les services : « *fonction de surveillance, d'intendance, de maintien de l'ordre et de la discipline plus que fonction de soignante avec laquelle elles n'ont qu'un rapport lointain par le biais d'un personnel laïc qu'elles utilisent et encadrent* »¹⁰². Ces religieuses ont beaucoup de fonction au sein de l'hôpital, mais elles s'occupent également des écoles dans le service public. Les sœurs sont dans l'hôpital par charité et occupent une présence constante et ceux jusqu'à tardivement dans l'histoire. De là, trois catégories sont présentes dans l'hôpital, il y a les agents hospitaliers sous l'autorité des religieuses, elles-mêmes dirigé par la Supérieure. Les soins sont dévolus aux agents hospitaliers uniquement :

- « *La première responsabilité commune à toutes les sœurs est l'accueil des malades. Il leur incombe d'assurer la satisfaction de leurs besoins fondamentaux : installer les malades, leur assurer une nourriture suffisante, avoir soin que le malade soit visité du médecin et lui faire prendre ses remèdes* »¹⁰³ ;
- « *Leur proximité avec les malades se situe davantage dans une perspective de gestion que dans une dimension soignante directe* »¹⁰⁴.

La fin du XIX^{ème} siècle et début XX^{ème} siècle sont marqués par la révolution pasteurienne et l'évolution des techniques médicales, conduisant à la réorganisation des hôpitaux et à l'évolution des activités de soins. Sous la Révolution et sous la Convention, avec le désir de laïcisation des hôpitaux et la séparation de l'Église et de l'État, le personnel religieux va disparaître de façon lente et progressive. « *En décembre 1793, il leur (aux religieuses) est demandé de prêter serment à la constitution. La plupart refusent et quittent l'hôpital ; elles sont remplacées par des femmes laïques sans formation, « des citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution »* »¹⁰⁵.

Cela s'explique par le fait qu'il n'est pas simple de trouver du personnel capable de remplacer dans l'immédiat les sœurs. Néanmoins, les hôpitaux ont fait des économies sur les dépenses de personnel.

Au début du XX^{ème} siècle, la hiérarchisation dénombre deux sortes de cadre : la sous-surveillante et la surveillante. « *Les infirmières laïques ont pu accéder, après sept années d'exercice, à un poste de sous-surveillante puis à un poste de surveillante deux ans plus tard* »¹⁰⁶. Cela est dû à la forte présence des sœurs au sein des hôpitaux. Néanmoins, le poste de surveillante au sein d'un service de soin ne peut être occupé que par des infirmières ayant un savoir technique et expérimentiel développés. Son rôle premier est d'assister le médecin et ses fonctions administratives sont encore peu développées.

En 1938, la première tentative d'un texte législatif (décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples ou supérieurs d'infirmiers ou infirmières hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes du service social de l'État) ne voit pas sa mise en place en raison de la déclaration de guerre.

¹⁰⁰ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « cadre », [Consulté le 1/03/2018] <http://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre>

¹⁰¹ Rapport YAHIEL et MOUNIER, « *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, page 10.

¹⁰² POISSON Michel, « *Origines républicaines d'un modèle infirmier* », Vincennes, Éditions Hospitalières, 1998, page 40.

¹⁰³ BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, page 20.

¹⁰⁴ BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, page 24.

¹⁰⁵ BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, page 22.

¹⁰⁶ CHAPALAIN Hélène, intervenante de l'École Supérieure Montsouris (ESM) fait en septembre 2017, « *Une histoire des cadres de santé : d'hier à demain* », page 4-20.

Le décret du 17 avril 1943, relatif aux hôpitaux et aux hospices, définit la fonction d'encadrement aux agents du grade de surveillant qui ne nécessite pas de formation particulière. La fonction peut donc être occupée par des religieuses ou des agents hospitaliers laïques tels que « *leur rôle consistent toujours à assurer des missions administratives ou des missions de soins* »¹⁰⁷.

9.2 Du premier diplôme à nos jours

De 1950 à nos jours, deux périodes peuvent être distinguées.

9.2.1 De 1950 à 1990

En 1951, les premières écoles de cadre sont créées par la Croix Rouge française. En 1954, des écoles catholiques de cadre apparaissent. La « *laïcisation prendra des décennies avant d'achever son œuvre. Si en 1954, on comptait encore 12 000 religieuses dans les hôpitaux, leur catégorie s'éteint au cours des années 1960, et les laïques qui prennent leur place doivent être titulaires du diplôme d'infirmière* »¹⁰⁸. En 1956, des écoles de cadre ouvrent à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il est à savoir que l'ouverture d'écoles permet « *l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicale et administrative* »¹⁰⁹. Le décret du 14 novembre 1958, a permis la création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) (CAFIM) et infirmier (e) surveillant(e) (CAFIS). La fonction de CDS est très récente. Elle n'apparaît que tardivement au sein de la législation hospitalière avec le décret du 9 octobre 1975 relatif au Certificat Cadre Infirmier (CCI). La dénomination « *cadre infirmier* » prend naissance. Le terme « *cadre infirmier* » renvoie inéluctablement à la notion d'appartenance à la profession.

9.2.2 De 1990 à nos jours

La circulaire du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers : « *Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité* »¹¹⁰. Cette circulaire définit clairement les missions et fonctions principales des surveillants. Ainsi, les surveillants se détachent de la pratique directe des soins pour intégrer des missions de gestion, d'animation et de coordination.

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, permet de créer la direction ainsi que la commission des soins infirmiers. Elle mentionne le rôle du cadre au sein du service de soins comme étant le partenaire du médecin dans l'organisation, l'animation des réunions et dans la structuration des projets.

Le décret du 18 août 1995, portant sur la création du diplôme de CDS, remplace les certificats existants. Il révolutionne la vision du cadre : ce diplôme permet de rassembler treize professions paramédicales :

« *Les savoirs se rapportant à la médecine et à la clinique ne sont plus enseignés mais sont remplacés par des savoirs liés à la gestion, au management, à la recherche* »¹¹¹.

Le décret du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des CDS de la fonction publique hospitalière, crée un statut propre au CDS avec les grades de CDS et de CSS :

« *Le métier de cadre de santé consiste alors à organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicoteknique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* »¹¹².

Dès 2005-2006, dans les IFCS, il devient possible d'obtenir un Master, en parallèle du diplôme de CDS.

À la suite de la nouvelle gouvernance de 2005, confortée et ajustée par la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST un nouveau dispositif universitaire appelé Licence-Master-Doctorat (LMD) voit le jour. La formation de CDS s'en voit également modifiée comme le souligne le rapport, daté de septembre 2009, de Chantal DE SINGLY, directrice de l'ARS de l'Océan Indien, pilote de l'Institut du management de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), met en lumière la place d'une formation plus poussée en termes de gestion telle que :

¹⁰⁷ Du soin à l'encadrement : trajectoires de vie et motivations professionnelles, page 155

¹⁰⁸ MAILLARD Christian, 1986, « *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'État*, » Paris, Dunod, page 73.

¹⁰⁹ REVILLOT Jean-Marie, « *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé* », Éditions Lamarre, 2^{ème} édition, page 17.

¹¹⁰ Circulaire n° 00030 du 20 février 1990 : « *missions et fonctions principales des surveillants* », [Consulté le 4/12/2017], URL : https://docs.google.com/file/d/0B_91wiy00K1jZDIxNzg0NmUrMjcyZC00ZjZlLW10MzctMmY3Yjg4ZTZmZTAY/edit?hl=fr.

¹¹¹ Collectif sous la direction de Dominique BOURGEON, « *Du soin à l'encadrement : Trajectoires de vie et motivations professionnelles* », éditions Lamarre, page 157.

¹¹² Collectif sous la direction de Dominique BOURGEON, « *Du soin à l'encadrement : Trajectoires de vie et motivations professionnelles* », éditions Lamarre, page 158.

« Les conséquences pour la fonction d'encadrement des évolutions majeures pour l'hôpital n'ont pas été systématiquement traduites en plan d'action de formation pour les cadres. Si la maîtrise de la qualité, en termes de protocole et de contrôle avec l'appui et le suivi de l'HAS (Haute Autorité de Santé), apparaît clairement dans les actions de formation, si la gestion du changement et la gestion de projet prennent une place plus importante, il n'est pas certain qu'efficacité et efficience soient réellement appréhendées par les cadres, que la négociation soit travaillée de manière suffisamment opérationnelle en formation. Quant à la gestion des coordinations externes, elle est nouvelle pour bon nombre de cadres hormis ceux dont c'est quasiment le métier (notamment les cadres socio-éducatifs et les cadres de santé gérant des réseaux). Les évolutions liées à la gouvernance ont fait l'objet d'un plan d'action national conduit par le dispositif d'accompagnement des réformes au sein de la Direction de l'Hospitalisation de l'Offre de Soins (DHOS). L'action de ce dispositif s'est centrée sur **les directeurs et les médecins, ainsi que sur les trios de pôles**. Il faut désormais déployer l'action plus largement, notamment en direction des cadres »¹¹³.

De même, en novembre 2010, le rapport de Michel YAHIEL, inspecteur général des affaires sociales, et Céline MOUNIER, conseillère générale des établissements de santé s'interroge sur la formation des CDS :

« Une autre difficulté consiste, de ce point de vue, à tracer des contours suffisamment clairs pour distinguer, dans un contexte par ailleurs très évolutif, les deux métiers, celui de cadre de proximité comportant d'évidence une composante managériale sensible, dans un contexte directement lié aux soins et à leur « production », et celui de cadre supérieur, en particulier au niveau du pôle, n'étant pas pour autant détaché des préoccupations opérationnelles »¹¹⁴.

En 2013, tous les IFCS suivent ces recommandations en établissant des partenariats avec les universités et en proposant un master dans le cursus de formation des cadres de santé.

9.3 L'évolution des compétences du CDS

L'évolution des compétences du cadre de santé se fait via sa dénomination : « La surveillante disparaît peu à peu au profit du cadre infirmier puis du cadre de santé. Les missions et les compétences attendues des cadres de santé évoluent également »¹¹⁵. L'histoire montre un changement d'état entre le cadre infirmier et le cadre de santé. Cela sous-entend : « l'incorporation du rôle de manager et traduit la concrétisation d'une évolution induite dans les années 1990, de l'hôpital vers le modèle de l'entreprise »¹¹⁶.

« Le cadre de santé doit s'adapter à des évolutions continues : évolution médico-économique et évolution de l'organisation interne, gestion de professionnels avec des expertises différentes, évolution de la fonction managériale, évolution des politiques de qualité et de gestion des risques, évolutions technologiques, évolution de l'offre et de la demande en santé, évolution des dispositifs de formation initiale et continue, ...

Face à ces mutations, il est essentiel que le cadre de santé soit en capacité d'animer et de mobiliser l'équipe et les personnes en formation au service d'un projet de soins.

Le cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin est l'interlocuteur des patients, des familles, des équipes soignantes, des partenaires et des équipes de direction. Il coordonne le parcours du patient avec les différents professionnels. Il est à l'interface de différents intervenants et de différentes structures »¹¹⁷.

Cette évolution modifie inévitablement les compétences du CDS. Or, Guy LE BOTERF, docteur en science humaines et en sociologie définit le concept de compétence comme suit : « c'est une certaine combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné. Il s'agit d'un « savoir-agir » qui est dans la combinaison - et non l'addition de savoirs divers en situation de travail : savoir-mobiliser, savoir-intégrer, savoir-transférer. La compétence est dans la mobilisation. Le savoir-agir intègre le savoir-faire. Pour l'individu, c'est passer du savoir-faire au savoir-agir en particulier dans les situations imprévisibles »¹¹⁸.

Nombreux sont les revues, articles, recherches sur le sujet du cadre/manager. C'est de cette complexité du terrain qu'en 2012, un travail est conduit par un groupe en accord avec le Ministère des Affaires sociales et de la santé et la DGOS. Il associe largement tous les acteurs de terrain et a pour objectif la réalisation d'un référentiel d'activités et de compétences au diplôme de CDS.

Ce référentiel précise que « les cadres de santé jouent un rôle essentiel pour répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé » (...) dans un contexte de complexité croissante, caractérisé notamment par des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins, l'évolution de la demande des patients, la recherche de l'efficacité et l'évolution des organisations internes, la nécessité de coordonner des parcours patients, l'attente des équipes en termes de management et l'évolution des formations et des diplômes »¹¹⁹.

¹¹³ DE SINGLY Chantal, « Rapport de la mission cadres hospitaliers » - Septembre 2009 Page 56 sur 124

¹¹⁴ YAHIEL M. et MOUNIER C., rapport de IGAS, RM 2010-155P « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, page 14

¹¹⁵ Cours de H. CHAPALAIN donné à l'École Supérieure Montsouris (ESM), « Une histoire des cadres de santé : d'hier à demain », page 20.

¹¹⁶ Marc DUMAS et Caroline RULLER, « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? » revue de Gestion des Ressources Humaines de page 42

¹¹⁷ Document de travail, travaux du groupe de production CS, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012, « Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences » page 5

¹¹⁸ LE BOTERF G « De la compétence. Essai sur un attracteur étrange », Les Éditions d'Organisation., 1994, page 32.

¹¹⁹ Document de travail, travaux du groupe de production CS, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012, « Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences », page 4

La fonction de CDS apparaît modifiée : « en effet, le CDS responsable de secteur d'activités de soin peut exercer son métier en établissement de santé public ou privé, sanitaire ou médico-social, ainsi qu'en réseau de soins, en secteur d'activité extrahospitalier, ces structures pouvant être de différentes tailles »¹²⁰.

Dans ce référentiel, la compétence 3 intitulée « **Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin** » reprend l'activité suivante : « **conduire et accompagner le changement** ». Le lien est fait entre le concept de management et du changement. Par conséquent, il est au centre « dans la conduite du changement par ce positionnement « d'entre eux », à l'interface de logiques contradictoires »¹²¹.

« L'évolution du métier du cadre réside dans sa capacité d'organiser les flux de biens et de personnes. Ils (les résultats) montrent l'importance de connaître le soin pour le cadre, tant dans sa légitimation par rapport aux personnes qu'il manage que par rapport à sa maîtrise de zones de pouvoirs partielles dans l'établissement ». « Le cadre assure la vie du service par sa capacité d'écoute active, d'échanges permanents, d'entretien d'un climat relationnel positif et d'assurance de reconnaissance à l'équipe »¹²²

Le rôle du CDS se définit par la gestion des compétences du personnel, l'organisation de l'activité mais également la gestion inhérente au cadre de proximité, les aléas du quotidien. Les compétences managériales des CDS sont principales. Le CDS devient un pilier du service de soin. Il rentre souvent en interaction entre deux systèmes de valeurs : l'institution et l'équipe. Ces logiques entrent fréquemment en contradiction comme le dit Robert COULON, auteur du Centre Régional du livre de Bourgogne, dans son étude de 2012 :

« Pour cela, il est tenu d'organiser l'activité de son service sur la base d'arbitrages entre deux systèmes de logiques qui entrent fréquemment en contradiction :

1. Logique marchande / logique de soins hospitaliers ;
2. Logique processus / logique trajectoire ;
3. Logique fonction / logique métier ;
4. Logique managériale / logique "bureaucratique" »¹²³.

Le rapport de Michel YAHIEL et Céline MOUNIER admet l'échec de ces approches gestionnaires et convient que les CDS se sentent appartenir au monde du soin :

« Enfin, la mission ne préconise pas de donner suite, dans l'immédiat, au principe d'une « ouverture » du corps de cadre de santé à d'autres professionnels que ceux issus des métiers paramédicaux. En effet, il apparaît que si l'on attend d'eux au premier chef qu'ils veillent à la qualité et la sécurité des soins, organisent la meilleure allocation des ressources et **accompagnent les agents dans les réformes, les cadres de santé doivent impérativement conserver un lien avec le soin**. Ils ne sauraient animer des équipes soignantes sans une large maîtrise des compétences correspondantes, gage de légitimité et d'efficacité. A cet égard, si les établissements privés à but lucratif ont pu diversifier leur recrutement sur ce plan, on constate que la très grande majorité des cadres d'unités restent issus des filières paramédicales. Dans les principaux établissements représentés par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif (FEHAP) ou la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), le cas le plus général reste aussi celui du recours à des cadres « infirmiers », sur un modèle très proche du secteur public ».¹²⁴

La description des cadres par Henry MINTZBERG met en valeur 10 rôles répartis en trois catégories : rôles interpersonnels, rôles liés à l'information **et rôle décisionnel**.

Par cet écrit, le cadre est « substantiellement impliqué dans toutes les décisions importantes prise par son organisation et ce pour plusieurs raisons : (...) en tant que centre nerveux, **il est le mieux placé pour que les décisions importantes tiennent compte de façon adéquate des informations les plus récentes et des valeurs de l'organisation** »¹²⁵.

Comprenant, le rôle central du CDS, il se doit de manager le changement pour permettre les évolutions.

¹²⁰ Document de travail, travaux du groupe de production CS, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012, « Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences », page 4

¹²¹ DUMAS Marc et RUIILLER Caroline « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? » revue de Gestion des Ressources Humaines de page 42.

¹²² DUMAS Marc et RUIILLER Caroline, « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? » revue de Gestion des Ressources Humaines de page 53.

¹²³ COULON Robert, *Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers*. Actes de la 2^e journée transdisciplinaire de recherche en management Hospitalier, Strasbourg, 2010.

¹²⁴ YAHIEL Michel et MOUNIER Céline, « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, page 9.

¹²⁵ MINTZBERG Henry, « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Éditions d'Organisation, dixième tirage 2014, page 88.

9.4 Le management du changement

9.4.1 Le management

Le management a pour origine étymologique le verbe *manager*. Manager vient du latin *manus* (main) et de l'italien *maneggiare* (contrôler) influencé par le mot français manège (faire tourner un cheval dans un manège).

Le management c'est « l'action de conduire, de diriger, d'entraîner »¹²⁶ ou encore « l'ensemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une affaire, d'une entreprise »¹²⁷.

Marc GRASSIN, philosophe, docteur en éthique médicale, directeur de l'Institut de Vaugirard Humanités et management dans son article « *Dialoguer pour s'ajuster* » dit que « le management n'est pas une science, mais un art de l'ajustement »¹²⁸. Pour lui, le manager n'existe pas dans le milieu hospitalier, en revanche « des professionnels (CDS, directeurs des soins, médecins, IDE, personnels administratifs, direction...) dans le cadre de leur mission et de leur fonction, ont à manager. »

Dans un contexte socio-économique prégnant, manager les équipes permet de maintenir le bon fonctionnement des organisations. Mais le management est une « responsabilité partagée (...) pour permettre (de) répondre aux besoins de service afin que chacun puisse s'y retrouver et particulièrement celui qui en donne le sens, le patient »¹²⁹.

Paul HERSEY, économiste et auteur américain, et Kenneth BLANCHARD, auteur américain, sont tous deux spécialisés dans le domaine du management et dans le leadership situationnel. Ils proposent en 1989 et développent le leadership situationnel avec quatre styles de management à adapter en fonction de la situation (management situationnel).

Selon eux, il n'existe pas de « bon » style de management, il convient de faire des va et vient selon les situations. Ces quatre styles de management sont :

1. Le style **directif** pour mener un **entretien de recentrage ou de recadrage** ;
2. Le style **persuasif** pour mener une **réunion d'information** ;
3. Le style **participatif** pour mener un **entretien d'écoute ou une réunion de créativité** ;
4. Le style **déléгатif** pour mener un **entretien de délégation**.

Le management situationnel prend en compte la compétence et l'engagement du collaborateur. Le but est de faire progresser l'équipe, dans ce domaine, le CDS a un rôle prépondérant. Mais ce type de management ne suffit pas : le management éthique ou l'éthique managériale prend alors tout sa place.

Ghislain DESLANDES, docteur en philosophie, professeur associé au département Sciences juridiques économiques et sociales du campus Paris de l'ESCP Europe, donne une définition de « l'éthique managériale comme l'étude de la conduite des organisations, ce qui suppose une vision de l'organisation à l'opposé de la vision strictement mécaniste ; en effet c'est parce que le manager est présumé capable de jugement et de conviction qu'une éthique managériale est possible »¹³⁰.

Alice CASAGRANDE, directrice de la formation de la vie associative à la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, enseignante à l'université Paris dauphine et ancienne responsable de la qualité, la gestions des risques, énonce que « l'expérience managériale dans les structures sociales, médico-sociales et sanitaire aujourd'hui est caractérisée par sa complexité et par le très grand nombre de paramètres techniques avec lequel les prises de décisions composent se construisent »¹³¹.

Dans le système de santé, le CDS a une mission de gestion, surtout dans la gestion des ressources humaines. Or, « toutes les disciplines de gestion sont concernés par les questions éthiques »¹³².

Michel DUPUIS, philosophe, professeur ordinaire à l'Université catholique de Louvain, Bruxelles et président du comité consultatif de bioéthique de Belgique, énonce dans son article intitulé « Éthique et morale dans les métiers de service » quatre traits qui permet la mise en place « d'une liaison » réussie entre l'éthique, la morale et le management »¹³³ :

1. « **Le management intègre comme postulat de son action la reconnaissance des partenaires enjeux et de leurs valeurs propres (y compris inconciliables) ;**
2. *Outre les outils psychosociologiques habituels, le management intègre à son éventail les outils d'analyse éthique des situations et les systèmes de « gestion » des conflits de valeur (délibération) ;*

¹²⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « manager », [Consulté le 4/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/manager>

¹²⁷ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « management », [Consulté le 4/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/definition/management>

¹²⁸ GRASSIN Marc, « dialoguer pour s'ajuster » Objectif Soins et encadrement, n°259, octobre/novembre 2017, page 50.

¹²⁹ GRASSIN Marc, « dialoguer pour s'ajuster » Objectif soins et encadrement, n°259, octobre/novembre 2017, page 50.

¹³⁰ DESLANDES Ghislain, « le management éthique », DUNOD, paris, 2012, page 22.

¹³¹ CASAGRANDE Alice, « Éthique et management du soin et de l'accompagnement », Édition DUNOD, 2016, page 33

¹³² DESLANDES Ghislain « le management éthique », DUNOD, paris, 2012, page 122

¹³³ HESBEEN Walter, « cadre de proximité, un métier au cœur du soin », Ed : ELSEVIER MASSON, 2011, page 107

3. Il utilise les outils de réévaluation éthique des situations et des actions (les réunions d'analyse après-coup) ;
4. Il développe les méthodes d'explicitation éthique du projet d'entreprise en liaison avec les programmes de développement de la qualité et du bien-être au travail (ateliers de construction d'une charte d'éthique) »¹³⁴.

9.4.2 La place du cadre dans le changement

Dans cette dynamique de changement, le CDS apparaît comme central. Le CDS a besoin d'un panel de compétences pour gérer les ressources humaines afin d'organiser un service. Il est au cœur de la triptique satisfaction usagers-personnel-institution. Il est le manager capable de repérer les potentiels, de mobiliser, de dynamiser autour des projets, d'évaluer. C'est un chef d'orchestre. Il gère également les ressources humaines, matérielles, locales et il se doit de connaître la dimension économique et les structures financières.

Les CDS sont des « co-constructeurs du changement »¹³⁵. Ils se doivent de posséder des compétences sur « l'organisation du travail, l'animation d'équipe, la mise en place de dispositifs de contrôle, la gestion du changement, la prise de décision, la capacité de délégation et le pilotage de la performance »¹³⁶.

Le travail du cadre consiste justement à proposer une analyse systémique de l'organisation et un travail sur les interactions de l'équipe. Le résultat conduit l'équipe à intégrer le changement et cela permet de déceler les dysfonctionnements de l'organisation.

Le CDS doit se montrer vigilant envers son équipe, analyser la situation dans son ensemble et proposer des solutions permettant d'améliorer les relations et l'organisation du travail :

« Le cadre reste un guide, garant de la réglementation, mais son rôle est d'accompagner les idées, les solutions qui émergent »¹³⁷.

Le CDS doit savoir développer les capacités des équipes pour qu'elles s'impliquent dans les évolutions à venir comme les innovations technologiques, sociétales. La responsabilisation des équipes prend tout son sens, afin de mettre en place les capacités d'innovation et d'agilité au cœur de l'hôpital. L'objectif vise à garantir, aujourd'hui, la satisfaction des patients tout en tenant compte des notions de gestion des coûts. Les CDS ont un rôle majeur à jouer en adaptant leur management vers la responsabilisation et l'autonomie des équipes. Pour autant, ils doivent traduire la cohérence vis-à-vis des orientations stratégiques du groupe hospitalier, du pôle et du service déclinés.

Adapter son management, dans le but d'être le plus efficace, demande au CDS d'adopter la posture adéquate face à ses collaborateurs interlocuteurs et selon le contexte :

« S'il paraît indispensable que les cadres prennent en effet en charge un certain nombre de tâches, parce qu'ils ont une connaissance transversale des unités et font le lien entre les équipes du matin et du soir voire celles de nuit, il est anormal qu'ils supportent divers dysfonctionnements de l'organisation hospitalières ».

Comme le dit Chantal De SINGLY dans son rapport « Avec le développement des progrès technologiques, des pratiques médicales, des protocoles de soins, les savoirs techniques ne cessent de se transformer et de se spécialiser. Les cadres hospitaliers, quel que soit leur domaine d'intervention, à défaut de toujours tout savoir, doivent s'organiser pour disposer des expertises suffisantes dans leur équipe, ce qui implique des coordinations encore plus fortes entre les acteurs de disciplines différentes. En ce sens, **le cadre est un traducteur**, un « fabricant de cohérence », un expert en organisation. Il doit permettre la traduction des langages des différents experts et rendre accessible le langage expert aux profanes (professionnels, patients, usagers ou autres interlocuteurs de l'hôpital) »¹³⁸.

Le cadre de référence a permis de faire des recherches d'un point de vue littéraire. Il soulève des interrogations pour donner suite à la question de départ suivante :

Quelles compétences spécifiques au changement le cadre doit-il déployer pour répondre aux exigences institutionnelles tout en respectant les valeurs soignantes ?

Sous forme d'une synthèse, je vais maintenant extraire l'ensemble des concepts abordés dans cette première partie.

¹³⁴ HESBEEN Walter, « cadre de proximité, un métier au cœur du soin », Édition ELSEVIER MASSON, 2011, page 108

¹³⁵ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « La boîte à outils de la conduite du changement », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, page 124

¹³⁶ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « La boîte à outils de la conduite du changement », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, page 125

¹³⁷ HART Josette et LUCAS Sylvie, « conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, 17

¹³⁸ Chantal DE SINGLY, « Rapport de la mission cadres hospitaliers » - Septembre 2009, page 44 sur 124

10 La synthèse du cadre de référence théorique

De nos jours, l'hôpital est un lieu de soins confronté à de multiples réformes modifiant plusieurs paramètres de conception comme son organisation, sa gouvernance, sa gestion, ses relations internes et son avenir.

L'hôpital dispose d'une histoire qui lui a permis de se construire un héritage comprenant des valeurs, des missions et donc un état d'esprit singulier.

Comme déjà démontré, durant les cent dernières années, l'hôpital a évolué passant d'un lieu d'accueil des indigents puis d'enfermement, pour ensuite s'ouvrir vers l'extérieur. Ses missions ont logiquement évolué ; passant de la charité induite par la chrétienté à un lieu laïc de santé publique. Son étatisation y est pour beaucoup : les pouvoirs ont évolué.

De même, la gestion de ce lieu par l'État a conduit à l'évolution des missions des professions visant la qualité des soins : médecin, CDS, IDE, AS entre autres.

Comme le soin n'est plus la seule activité dans l'hôpital et l'enseignement, la recherche et surtout la santé publique y prennent une place importante, cela met en exergue le développement de pôles d'excellence médicale.

La loi du 31 juillet 1991, portant le nom de « réforme hospitalière », a eu pour but de réduire les coûts hospitaliers. L'hôpital rentre alors **dans une approche économique** ce qui bouscule inévitablement les logiques : le statut des centres hospitaliers publics se modifie pour l'appellation d'établissements publics de santé. La connotation d'ouverture vers l'extérieur est forte.

En conséquence, l'hôpital devient progressivement une **bureaucratie divisionnalisée : la division par service, par spécialités, par pôle.**

Le système de santé évolue grâce à l'intégration d'une approche gestionnaire en son sein. La comparaison avec l'entreprise est-elle appropriée ? La différence entre une entreprise et l'entreprise hospitalière se situe dans son fondement. L'entreprise hospitalière possède dans son vécu une culture du soin et une organisation qui lui est propre. L'émergence de la notion d'entreprise est arrivée par la vision des directions. En effet aujourd'hui, les politiques de santé ne sont autres que des stratégies comparables à l'entreprise.

Dans un contexte socio-économique en perpétuelle mouvance, la définition même de la santé s'est vue modifiée et les dépenses de santé ont augmenté. En effet, en 1990, le PIB de la France voit la part de ses dépenses de santé doubler. Ces dernières étant socialisées, l'État a un grand rôle à jouer dans leur maîtrise.

C'est pourquoi, **l'émergence de l'économie de la santé se développe** au même titre que pour les industries : l'important devient de regarder comment des problèmes de santé influencent l'économie dans son ensemble. Cela se manifeste par l'introduction d'une gestion budgétaire, d'une gestion prévisionnelle, d'une comptabilité analytique et financière nommée **la tarification à l'activité : la T2A.**

Avec ce système financier, les établissements privés ont tendance à s'hyperspécialiser et les établissements de santé entrent alors dans une évaluation comparative : le « **benchmark** ».

Néanmoins, l'innovation et la recherche en matière de santé ne sont pas représentées dans la tarification à l'activité. C'est pourquoi, le gouvernement actuel exprime clairement son souhait de le réformer en profondeur.

De même, la politique basée sur le monde traditionnel de l'entreprise, suppose la création de nouveaux outils de gestion, de nouvelles pratiques managériales et induit de nouvelles contraintes institutionnelles.

Inéluctablement, des notions de rentabilité, de compétitivité, de performance et de production propres au monde de l'entreprise sont mises en évidence.

Le **contexte socio-économique** actuel place alors **le changement** au cœur des nouvelles organisations. Les établissements de santé sont soumis à des exigences législatives qui les contraignent à modifier leur organisation au travers d'un **processus dynamique** et une approche **psychologique : la conduite de changement.**

Son but est la recherche permanente de l'adhésion et de l'engagement de chaque participant mais le plus important est de faire changer. Néanmoins, cette conduite de changement doit prendre en considération un autre aspect qui peut arriver dès les premiers temps : **la résistance au changement.**

La résistance fait partie intégrante de tout processus de changement. Il faut savoir catégoriser sa survenue et l'inclure dans la courbe qui permet de faire le deuil d'un état antérieur pour induire le nouveau.

D'un point de point organisationnel et innovant, les changements au sein du système de santé sont nécessaires, amenant **une qualité des soins** tout en étant sources de résistance et de conflit. Partant de cela, le conflit n'a pas toujours une

connotation négative pour une équipe car il peut mettre à jour des dysfonctionnements au sein de l'organisation et apporter des propositions de changements.

L'approche du changement auprès des soignants doit être conduit, accompagné et demande une adaptation managériale. Dans le système de santé, et surtout à l'hôpital, différents corps collaborent ensemble : le corps soignant, le corps administratif et les patients.

Cependant, **le corps soignant se divise en deux : d'un côté les médecins, de l'autre les paramédicaux.** Les évolutions des organisations de santé se sont effectuées en parallèle à celui de la médecine. Le corps médical a eu pendant longtemps une place au côté des directions. Les fondements des soignants restent dans l'imaginaire collectif, comme étant des personnes ayant des valeurs nobles : le dévouement, l'obéissance, la vocation, la charité, le bénévolat et la soumission au médecin et ce jusqu'en 1970. Ses valeurs sont portées par la chrétienté et il est normal de les voir surgir dans le milieu hospitalier.

Étant donné cette différenciation de profession, médecins/paramédicaux, il est notable de différencier également le **CURE et le CARE** : l'art de « *guérir* » et l'art de « *prendre soins* ». Depuis longtemps, le CURE est dévolu au médecin et le CARE aux paramédicaux : IDE, AS, AMP etc...

Inévitablement, cela va impacter la professionnalisation de l'infirmière, puisque le CARE est une notion subjective et plus abstraite par rapport au CURE.

La soumission est dévolue à l'IDE par son histoire : au début avec l'Église et ensuite avec le corps médical. Les soignants sont des « *para* » médicaux.

Pourtant, arrive depuis peu la notion de pratiques avancées qui va modifier la profession. En effet, sous certaines conditions l'IDE va exercer certaines missions médicales. Cette évolution va nécessairement impacter leur fonction, mission, responsabilité et organisation.

L'adaptabilité du service public est une obligation légale et se doit d'être porteur **du changement institutionnel**. De plus, l'hypermécialisation implique la mise en place d'un management qui s'adapte aux transformations de son environnement, aux dimensions scientifiques, règlementaires, aux transformations politiques, sociales et juridiques : « ***Le New Public Management*** ».

L'analyse de la littérature relative à l'organisation sanitaire en France, la gestion de l'hôpital/entreprise avec son mode de financement, la conduite de changement et la place du CDS, me laisse à penser que le CDS a un rôle primordial dans l'appropriation des changements institutionnels auprès des équipes soignantes.

Au travers de ce cadre conceptuel, j'ai pu comprendre le processus de changement inhérent à toute organisation et le rôle du CDS. Ces recherches me permettent de mûrir ma réflexion et m'induisent à me poser de nouvelles hypothèses :

1. **Hypothèse 1 : Le CDS se doit de connaître la transformation historique et culturelle de l'institution hospitalière pour mieux appréhender les évolutions à venir ;**
2. **Hypothèse 2 : Le CDS doit être un gestionnaire pour permettre l'accompagnement de l'évolution de l'institution hospitalière.**
3. **Hypothèse 3 : Le CDS se doit de connaître la conduite de changement ;**
4. **Hypothèse 4 : La connaissance des évolutions des valeurs soignantes et indispensable afin d'accompagner le changement.**
5. **Hypothèse 5 : Le CDS a une place centrale dans l'organisation hospitalière.**

Plus globalement, ce travail me conduit à poser le constat suivant :

L'évolution du système de santé et de la gestion de l'hôpital, montre la nécessité qu'une conduite de changement soit accompagnée par le CDS, position centrale entre la triptyque patient/soignants/institution.

Ce constat m'incite à poser l'hypothèse de recherche suivante :

Le CDS, à la vue de son appartenance au corps paramédical, joue un rôle de traducteur des réformes institutionnelles auprès des équipes soignantes

L'enquête

11 La méthodologie de l'enquête

S'intéresser à la place du cadre de santé dans l'institution du monde sanitaire en France et tenter de savoir quelles représentations chaque corps de l'institution en a, va me permettre de mettre en lien mon hypothèse et ma question de recherche. L'enquête de terrain va me permettre de les confronter à la « réalité » du terrain. L'objectif de mon enquête est de pouvoir déterminer la place du CDS dans notre système de santé.

11.1 Le choix de la population

Pour cela, je me suis confrontée aux professionnels de terrains : des directeurs, des médecins, des cadres de santé et des infirmières.

J'ai choisi de toucher plusieurs catégories professionnelles car en plaçant le rôle du CDS au centre de l'institution et du corps social, il me paraît important de confronter le regard de chaque corps afin de répondre à mon hypothèse de recherche.

Ainsi, j'ai souhaité interroger des agents du service public et privé, et de confronter des professionnels de Paris et de Province. Ayant eu un parcours professionnel exclusivement public, je voulais confronter ma vision à celle du privé. J'ai fait le choix de faire un stage dans le secteur privé lucratif dans lequel j'ai réalisé des entretiens.

J'ai voulu confronter les différentes visions que les agents peuvent avoir du CDS. En effet, lors d'un travail de recherche, en tant qu'enquêteur, « nous » partons avec quelques aprioris que « nous » souhaitons confronter au terrain. Les miens sont les suivants :

- Dans le privé, la notion de rentabilité est rentrée dans les mœurs ;
- En province, la mise en place des changements institutionnels s'est faite plus tardivement.

11.2 Le choix de l'outil

Pour traiter le sujet, l'entretien semi-directif me paraît le plus pertinent puisque c'est une méthode d'exploration qualitative centrée sur le contenu. Cet outil est centré sur la personne, ce qui permet de recueillir des informations riches, approfondies et complexes. Les entretiens semi-directifs permettent la discussion autour d'un thème.

La grille d'entretien permet de donner le fil conducteur de l'entretien. Néanmoins l'adaptabilité et la reformulation sont des techniques que j'ai dû utiliser.

J'ai choisi de poser des questions ouvertes pour permettre la liberté et la fluidité de la parole, mais l'entretien semi-directif permet surtout d'orienter le discours afin d'approfondir certains thèmes et permettre à l'interviewer d'ouvrir le débat.

J'ai réalisé une synthèse de chaque partie de mon cadre théorique afin d'extraire des questions sur chaque thème. Cela m'a permis de construire ma grille d'entretien. Évidemment, elle a été préalablement validée par mon directeur de mémoire. **(Cf. Annexe 2)**

Cette grille possède 5 grandes parties : le système de santé, le changement, l'entreprise, les valeurs soignantes et le CDS.

Les règles et le déroulement de l'enquête sont énoncées à chaque début d'entretien : anonymat respecté, enregistrement de l'entretien avec accord de l'interviewé, pour une durée de 30 min maximum.

J'ai choisi de ne pas donner mon thème aux personnes interrogées pour permettre une spontanéité dans les réponses.

La retranscription des entretiens est réalisée sous 48 heures pour me permettre d'avoir en mémoire la communication non verbale de l'interviewé.

Pour faciliter l'analyse, j'ai fait le choix de réaliser un tableau EXCEL avec pour objectif d'attribuer une fenêtre par thème et de passer par l'encodage de mes données. J'ai alors pu faire ressortir les grandes notions exposées au regard des concepts étudiés.

11.3 Le déroulement de l'enquête

J'ai réalisé mon enquête du 5 avril au 26 avril 2018, soit trois semaines, en rencontrant 3 professionnels par semaine environ. J'ai profité d'être en stage sur le terrain du secteur privé pour réaliser une partie de ces entretiens.

A chaque entretien, nous étions dans un bureau calme, ce qui a permis d'échanger librement et de limiter les interruptions. J'ai fait le choix de ne pas présenter ma grille d'entretien ni le thème de mon sujet pour permettre des réponses spontanées et non induites.

L'autorisation d'enregistrer l'échange en certifiant l'anonymat a toujours été demandé notamment lors de la retranscription, annexée en totalité. **(Cf. Annexe 4 à 12)**

11.4 Lieu d'enquête

Souhaitant interroger des professionnels du public et du privé, j'ai réalisé mes entretiens au sein de 4 établissements différents :

- Une clinique privée, qui a subi plusieurs réorganisations, avec des changements de directions.
- Un Centre Hospitalier (CH) de province qui résulte de la fusion de 3 établissements.
- Un Hôpital de L'AP-HP qui subit actuellement des restructurations.
- Un EHPAD de province qui n'est pas rattaché à un GHT.

11.5 Les limites et difficultés

Il est à noter que pour l'entretien numéro 8, la personne interviewée n'a pas souhaité être enregistrée, ce qui m'a obligé à prendre des notes : cela ne fut pas un exercice simple.

Je souhaitais réaliser un autre entretien infirmier mais une des IDE que j'avais préalablement contactée n'a pas donné suite. J'ai dû me résoudre à n'avoir qu'une seule IDE dans mon échantillon d'enquête.

La limite principale de mes entretiens se résume à leur nombre : neuf entretiens ne représentent qu'un échantillon au regard la thématique étudiée.

La retranscription de ces entretiens n'a été un exercice facile et m'a demandé un grand travail pour rester fidèle aux propos de chaque interviewé.

12 La Présentation des résultats

12.1 La présentation générale

J'ai réalisé 9 entretiens comme suit :

- Une CDS, un médecin, deux directeurs du service privé à but lucratif.
- Une IDE, deux CDS, un médecin, une directrice du service publique de santé (un établissement de santé et un EHPAD)

Sur les 9 entretiens, il n'y a qu'un homme en position de Directeur Administratif et Financier (DAF) et huit femmes. Huit entretiens sont réalisés en face à face. Seul l'entretien avec le Praticien Hospitalier (PH) a été effectué par Skype (logiciel de communication vidéo). En effet, il me paraissait important d'observer la communication non verbale.

Le nombre de question a son importance, dans le temps qui m'était imparti. Plus il y a des questions, plus j'ai dû recentrer, ou faire préciser mon interlocuteur sur le thème.

12.2 Les résultats des catégories socio-professionnelles

Afin d'exposer l'échantillon des personnes interviewés le tableau suivant synthétise l'âge, le sexe, la fonction, le parcours professionnel et la durée de l'entretien.

NUMERO/ TEMPS/ QUESTIONS (HORS PRESENTATION)	AGE	SEXE	FONCTION ET LIEU D'EXERCICE	SECTEUR PRIVE OU PUBLIC	PARCOURS PROFESSIONNEL	ANCIENNETÉ DANS LA FONCTION	LIEUX
ENTRETIEN 2 Durée : 31'02 Nombre de questions : 16	37 ans	M	Responsable administratif et financier	PRIVE	Pendant 15 ans : milieu de l'édition	Depuis le 5 février 2018	PROVINCE
ENTRETIEN 3 Durée : 29'07 Nombre de questions : 18	44 ans	F	Directrice d'un centre municipal de santé	PUBLIC	IDE : Réanimation chirurgicale en province ; Réanimation à Paris. FFCS : Réanimation à Paris ; Étude en IFCS. CDS : Réanimation anesthésie. FFCSS : (Faisant fonction de Cadre Supérieure de Santé) Master 2. CSS : Cadre supérieur de santé	Depuis 1 an et demi	PARIS
ENTRETIEN 8 Durée : 35' Nombre de questions : 7	37 ans	F	Directrice d'une Clinique privée à but lucratif	PRIVE	Parcours universitaire : Master en management des entreprises de la santé Adjointe de direction dans un centre de dialyse Études complémentaires : - Droit médical ; - Gestion des risques et la qualité Poste de directrice de 3 établissements en 2011	2ans Fonction de Direction depuis 10 ans	PROVINCE
ENTRETIEN 4 Durée : 18'5 Nombre de questions : 23	39 ans	M	Chirurgien ophtalmologue depuis janvier 2017	PRIVE	Études de médecine en Roumanie ; Médecin depuis 4 ans	Depuis 1 an et 4 mois	PROVINCE
ENTRETIEN 5 Durée : 23'13 Nombre de questions : 12	34 ans	F	Praticienne hospitalière au dans une EMSP AP HP	PUBLIC	Interne Assistante Spécialiste ; Praticien Hospitalier Contractuel.	Depuis 1 an	PARIS
ENTRETIEN 1 Durée : 13'13 Nombre de questions : 22	46 ans	F	IDE dans une EMASP	PUBLIC	IDE depuis 1996 ; Période libérale de 3 ans ½. ; IDE en CH depuis 20 ans.	Depuis 1 an	PROVINCE
ENTRETIEN 6 Durée : 17'10 Nombre de questions : 16	58 ans	F	CDS dans un CH, depuis un an sur un service de chirurgie	PUBLIC	IDE depuis 1987 : 1 an dans le privé ; 10 ans dans le public service chirurgie. 2003 : FFCS en médecine dans le même CH. IFCS en 2005. 2006 - 2017 : CDS en secteur de médecine dans le même CH ; 2017 : CDS en chirurgie dans le même CH.	15 ans d'ancienneté dans la fonction CDS	PROVINCE
ENTRETIEN 7 Durée : 22'11 Nombre de questions : 7	38 ans	F	CDS en Clinique privée	PRIVE	IDE depuis 2000 au bloc opératoire dans un CH public ; École IBODE de 2003-2005 ; CDS en 2014 : 2 expériences en clinique privée ; 2014 à 2017 : bloc opératoire depuis 2017	4 ans	PROVINCE
ENTRETIEN 9 Durée : 9'59 Nombre de questions : 8	44 ans	F	CDS en EHPAD Public depuis 2 ans 1/2	PUBLIC	AS en 1998 ; IDE en 2003 ; FFCS en 2011 ; IFCS en 2013 ; CDS en CH durant 2 ans (service médecine oncologie).	5 ans	PROVINCE

12.2.1 Les directeurs

J'ai pu obtenir trois entretiens de personnes ayant des fonctions de direction avec un âge compris entre 37 et 44 ans et une expérience du terrain qui varie entre 1 et 15 ans.

Leur poste actuel est très différent : l'un est directeur des activités financière (DAF), l'un est directeur d'un centre municipal et le dernier est directeur d'une clinique privée. Ainsi, chacun a sa particularité dans son parcours professionnel : le premier arrive à peine dans le milieu de la santé, le deuxième a évolué dans le milieu de la santé (paramédical) et le dernier a un parcours de management.

Force est de constater que leurs éléments de réponse peuvent se conjuguer et aborder l'ensemble des thématiques. Les échanges ont été riches puisque la durée moyenne tourne autour de 30min. Il s'avère que c'est la durée moyenne la plus haute parmi les différentes catégories socio-professionnelles de l'échantillon étudié. Le plus long des entretiens a duré environ 35 min, il s'agit de la directrice de la clinique privée.

L'enchaînement des questions s'est fait assez facilement pour les deux directrices, je n'ai pas dû redéfinir les questions. Pour le DAF, j'ai dû le réorienter sur le secteur médical car il avait tendance à revenir sur le monde de l'édition.

12.2.2 Les médecins

J'ai eu deux entretiens avec des médecins, l'âge est respectivement entre 34 et 39 ans. Leur expérience du terrain est respectivement de 4 ans et 1 an. Les médecins sont d'univers différents. L'un est dans le secteur hospitalier public depuis le début de sa carrière et l'autre est d'origine roumaine. Il vient d'arriver en France depuis 1an 1/2. La culture roumaine peut être considérée comme une limite potentielle sur ses connaissances du système français.

Lors de chacun des entretiens, nous avons échangé sur les différentes thématiques. Néanmoins avec le médecin roumain, cela a été plus difficile car j'ai dû moduler mes questions afin de pouvoir être facilement compréhensible.

12.2.3 Les CDS

J'ai pu avoir trois entretiens de CDS avec une moyenne d'âge comprise entre 38 et 58 ans. Leur expérience en tant que CDS varie de 4 à 13 ans.

Leur poste actuel est très différent : l'une est CDS dans le secteur public dans un service de chirurgie, avec une expérience de 13 ans dans un service de médecine. L'un est CDS au bloc opératoire depuis 4 ans avec une expérience en secteur privé. La dernière est CDS en EHPAD avec un parcours très complet dans le secteur de la santé. Elle a commencé en tant qu'AS et a évolué jusqu'à CDS en 20 ans. Ainsi, chacune a sa particularité dans son parcours professionnel.

Force est de constater que leurs éléments de réponse peuvent se conjuguer et aborder l'ensemble des thématiques. Les échanges ont été riches, la durée moyenne tourne autour de 20 min. L'enchaînement des questions s'est fait assez facilement pour les trois entretiens. Le nombre de question varie énormément entre les CDS : pour 2 d'entre elles je n'ai dû poser que 7 questions, alors que pour la dernière j'ai posé 13 questions, avec beaucoup de reformulations.

12.2.4 Les soignants

Je n'ai eu qu'une seule IDE, qui a un parcours de plusieurs années, de jour et de nuit. Cependant, il s'agit là d'un témoignage car je n'ai pas d'entretien de comparaison mais je vais pouvoir les corrélérer avec les autres entretiens.

Cet entretien a été fait dans de bonnes conditions : au calme et sans interruption. Il s'agissait de mon premier entretien, cela se ressent car j'ai dû poser 22 questions en 14 min environ pour répondre à tous mes thèmes. La discussion a été fluide mais les échanges n'ont pas été nombreux.

12.3 Les résultats sur les différents thèmes

Lors des entretiens, les différents thèmes ont été

Je vous présente un résumé et les mots clés qui ont émergés de ces entretiens sur 5 thèmes suivant :

1. Le système de santé en France ;
2. L'hôpital entreprise ;
3. Le changement ;
4. Les valeurs soignantes ;
5. La place du CDS.

Je vous présente les résultats sous forme d'un tableau.

Les différentes questions posées :

- Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?*
- Quelles sont d'après vous les grandes évolutions ?*
- Que connaissez-vous des évolutions du système de santé ?*
- Comment voyez-vous l'évolution ?*
- Pour vous, depuis combien de temps ces évolutions datent-elles ?*
- Que savez-vous des évolutions de la structure hospitalière ?*
- Comment voyez-vous les répercussions de la loi HPST sur votre quotidien ?*
- Quelles sont d'après vous les grandes évolutions ?*
- Pour vous depuis combien de temps ces évolutions datent elles ?*

Mots Clés :

- ✓ *Histoire*
- ✓ *Rentabilité*
- ✓ *Mouvance*
- ✓ *Ambulatoire*
- ✓ *Compliqué*
- ✓ *Pouvoirs*
- ✓ *GHT*

RESUME	
<p>ENTRETIEN 2</p>	<p>Ce directeur financier ne maîtrise pas encore notre système de santé car il vient à peine d'y rentrer. Cependant, il maîtrise sa fonction et l'aspect financier de cette évolution.</p>
<p>ENTRETIEN 3</p>	<p>Cette directrice connaît l'aspect historique du système de santé. Le lien entre son évolution et le développement des techniques médicales est fait.</p> <p>Pour elle, en tant que CDS, c'est un atout de comprendre l'évolution du système de santé. Il faut avoir une vision large pour mieux appréhender « <i>les tenants et les aboutissants</i> » de l'évolution. Elle voit cela comme une vraie force pour le CDS, car cela lui permet de mieux impliquer et expliquer les évolutions à son équipe.</p> <p>Pour elle, le CDS se doit de connaître l'évolution du système car cela permet de prendre la mesure des évolutions futures, et de comprendre la professionnalisation des soignants (médicaux et paramédicaux).</p>
<p>ENTRETIEN 8</p>	<p>Cette directrice a une vision assez complète de notre système de santé (la loi du 4 mars 2002, la loi HPST, en 2005 la T2A avec le PMSI, les Tutelles, la création des ARS, le développement de la qualité) et de ses évolutions futures. Elle appréhende notre système par ses modifications et ses évolutions, elle les situe bien dans le temps, en expliquant la place de chaque acteur : les Usagers, l'Institution et les professionnels de santé.</p> <p>Le système de santé serait devenu plus « <i>coercitif</i> » ce qui a généré des modifications de pratiques. Il serait donc en grande mouvance.</p> <p>Elle dénombre ses évolutions à quatre étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'arrivée de la génération Y sur le monde du travail ; - Le problème de la démographie médicale ; - Les inégalités territoriales ; - La prise en charge des maladies chroniques.
<p>ENTRETIEN 4</p>	<p>Le chirurgien vient à peine d'entrer au sein de ce système de santé. On comprend que l'intégration ne s'est pas faite pour qu'il en possède les clés.</p> <p>Il possède des notions sur l'ambulatoire car c'est une de ses pratiques et il en comprend bien le sens : économique et historique (avancement des techniques médicales).</p> <p>A noter que la prévention est un trait de caractère du système de santé pour lequel il trouve un avenir prometteur. Pour lui, le parcours patient n'est pas encore formalisé dans son ensemble.</p>
<p>ENTRETIEN 5</p>	<p>Le PH est depuis peu dans ses fonctions, elle ne prenait pas conscience des évolutions du système lorsque cela ne la touchait pas directement. Pour elle, les évolutions sont de nature économique. Elle comprend bien ce que cela implique mais cela impacte son quotidien. Elle parle de suppression de poste de soignants : paramédicaux et médicaux et relate « <i>faire toujours plus avec toujours moins</i> ».</p> <p>Selon elle, ce fonctionnement crée une différenciation entre le secteur public et le secteur privé et « <i>un système à deux vitesses</i> ». Pour elle, dans le public, « <i>la course à la rentabilité</i> » ne rend pas la prise en charge du patient meilleure. Elle pense que l'ambulatoire, n'est développé que pour répondre à un besoin d'économies. Dans le privé, la qualité du service est prégnante.</p> <p>Au sein de son lieu de travail, une restructuration est en cours donc elle y voit des évolutions comme « <i>l'arrivée d'un buissier dans une maison</i> ». Elle sent que les professionnels s'épuisent.</p>

ENTRETIEN
1

Cette IDE dit bien ne pas connaître les lois exactes qui ont permis l'évolution du système de santé. En revanche, elle constate des changements depuis 6-8 ans, elle a vu apparaître les nouvelles technologies et de nouvelles techniques de travail. Il lui a fallu s'adapter car elle comprend qu'il y a eu une multiplication de strates hiérarchiques. Elle a du mal à se repérer dans ce pêle-mêle de responsable : « *plus d'intermédiaires au niveau administratif* ». Elle perd le sens de cette hiérarchie, elle le compare à son vécu avec le chef de service qui avait le pouvoir de décider. Elle a constaté la modification des pouvoirs avec un affaiblissement du pouvoir médical en faveur du directeur de site. Néanmoins, elle voit des points positifs comme « *la traçabilité, la qualité* », pour elle les changements se sont faits par paliers.

D'après elle, le CDS doit suivre les évolutions et posséder la capacité d'adaptation afin d'être « *un bon cadre* ».

Elle a notion de ce qu'est un changement puisqu'elle a vécu la fusion et cela touche ses valeurs, mais elle énonce bien que cela est national donc sociétal.

ENTRETIEN
6

Cette CDS connaît la loi HPST, la mise en place des pôles et la T2A. Pour ce CDS, qui est la plus ancienne dans la fonction, le système de santé n'évolue pas dans le bon sens. Le système s'est modifié du fait de « *gros problèmes économiques* ».

Elle pense que le système de santé est actuellement en déficit et cite « *faire toujours plus avec toujours moins* ».

Pour elle, les évolutions développent la qualité à outrance et cela lui demandent un travail permanent. La qualité de la prise en charge s'en est vu altérée.

Elle ne voit pas d'un bon œil les GHT et dit clairement « *on va se faire bouffer* » Par-là, elle sous-entend la fermeture de certains services comme « *la chirurgie* ».

ENTRETIEN
7

Ce CDS a une vision assez globale de notre système de santé. Pour elle, le système a subi « *de grosses modifications* ».

Il fait également un lien entre la nouvelle réglementation, le développement de la qualité, de la traçabilité, des nouvelles pratiques chirurgicales, et de l'ambulatoire. Il pense que le contexte réglementaire a fait évoluer les organisations de travail mais que cela peut être compliqué par moment.

La qualité ne doit pas se faire uniquement lorsqu'on parle d'évaluation ou d'accréditation.

Cette CDS émet l'idée que le système actuel a permis aux médecins d'avoir des droits du simple fait de leur pénurie.

ENTRETIEN
9

Pour ce CDS le système hospitalier est en pleine évolution, avec comme point marquant les nouvelles pratiques chirurgicales et le temps d'hospitalisation plus court qui permettent de développer l'ambulatoire.

Cela permet de répondre à un besoin de qualité et de diminuer les risques infectieux. Ce CDS pense que ces évolutions datent des années 2000 environ.

Les différentes questions posées :

- Pensez-vous que l'hôpital est une entreprise ? Et pourquoi ?*
- Pensez-vous que l'hôpital est devenu ou devient une entreprise aujourd'hui ?*
- Depuis quand ressentez-vous ce changement, cette évolution ?*
- L'hôpital est-elle une entreprise ?*
- Pensez-vous que le CDS doit maîtriser des notions de gestion ?*

Mots clés :

- ✓ **Rentabilité**
- ✓ **Budget**
- ✓ **Productivité**
- ✓ **Qualité**

RESUME

**ENTRETIEN
2**

Selon lui, l'hôpital est bien une entreprise mais possédant une spécificité : « *médicale* ». En revanche, il fait une nuance entre le privé et le public. La rentabilité, l'aspect économique définit le secteur privé. Le public se définit par la notion de service qui détrône celle de rentabilité, ce qui génère plus de « *souplesse* ». Néanmoins, il précise bien que la rigueur économique est difficile à mettre en lien avec le patient dans l'équation. Cependant, l'hôpital également peut être amené à utiliser les notions économiques comme le plan social : « *la raison économique l'emporte* ». Il date cette évolution de 6-8 ans. Il pense très clairement que le CDS doit posséder une formation incluant une partie gestion financière pour mieux appréhender le travail d'aujourd'hui.

**ENTRETIEN
3**

Pour cette directrice, il semble que l'hôpital est géré comme une entreprise, même si, d'après elle cela peut être contradictoire car on prend en charge des patients. Selon elle, cela est « *contradictoire* » avec l'histoire des hôpitaux qui recommandait la charité. Elle énonce les points communs entre l'entreprise et l'hôpital : « *des directeurs financiers, des DRH ... demande de l'efficacité, de l'efficacite...rentabilité, checklist, processus* », il s'agit là d'un langage purement industriel appliqué un monde hospitalier. Cependant, il ne faut pas oublier que l'hôpital prend en charge des êtres humains. Elle formule l'idée que les mentalités ne sont pas prêtes à faire le rapprochement. Pour elle, cette notion d'entreprise existe depuis la réforme Debré soit 1958, lorsque pour garder les médecins les consultations privées se sont introduites dans le public. « *Une médecine à deux vitesses* » a été créée. Elle ressent une augmentation depuis la mise en place de la T2A, et le changement de nomination du patient qui devient un client. Le CDS doit avoir des compétences de managers, comme l'anticipation. Nous sommes managers du monde de la santé. C'est ce qui fait sa particularité et va lui donner une légitimité ; et une crédibilité. Selon elle, le CDS est déjà un gestionnaire du monde de la santé avec son expertise mais attention, il ne peut être remplacé par un manager lambda.

**ENTRETIEN
8**

Pour cette directrice, l'hôpital est une entreprise par son organisation ses ressources, et sa gestion des compétences. Selon elle, « *on doit s'inspirer de l'entreprise pour répondre à un contexte médico-économique prégnant.* » Elle connaît bien le risque premier de voir l'hôpital comme une entreprise : la déshumanisation des soins, et les Risques Psycho-Sociaux (RPS). « *Aujourd'hui nous sommes à la tarification à l'acte et demain nous passerons à la tarification au parcours.* » Pour cette directrice, nous sommes dans un système médico-économique alors le terme d'entreprise pour désigner l'hôpital peut avoir une mauvaise connotation. « *car l'hôpital est au service du patient, et c'est inquantifiable.* » En France, le service public est guidé par la valeur de solidarité, or les coûts de la santé sont les plus hauts en Europe.

<p>ENTRETIEN 4</p>	<p>Ce médecin ne trouve pas que la rentabilité définisse notre système de santé. Il donne l'exemple des transports sanitaires qui sont remboursés pour tout et n'importe quoi. Le CDS doit avoir des notions de gestion financière pour avoir une image plus globale.</p>
<p>ENTRETIEN 5</p>	<p>Pour ce médecin, l'institution peut induire un effet négatif du mode de financement en ne valorisant pas le travail des agents et en voyant que le côté rentabilité. Il ne faut pas voir que la quantité mais la qualité doit aussi avoir une place.</p>
<p>ENTRETIEN 1</p>	<p>Pour elle, l'hôpital devient une entreprise, le point commun est le directoire. Elle date ce changement de 10 ans avec un « <i>ressenti</i> » plus accentué depuis les 4-5 dernières années. Elle fait le lien avec l'esprit d'équipe qui disparaît entre les anciens. Elle ne connaît pas la T2A parce qu'elle n'a pas été dans un service soumis à la T2A. D'après elle, que le CDS doit maîtriser cette gestion financière parce qu'il se doit de respecter un budget et « <i>s'en servir pour évoluer</i> ».</p>
<p>ENTRETIEN 6</p>	<p>Selon elle, l'hôpital est une entreprise, du fait qu'on lui demande de la rentabilité et d'augmenter sans cesse les actes. Elle, en tant que CDS, ne maîtrise pas la gestion financière car il lui manque des informations. Néanmoins, elle situe cette mission de gestion au CSS.</p>
<p>ENTRETIEN 7</p>	<p>Ce CDS pense que la T2A a permis d'accéder à la rentabilité. Elle nuance son propos en expliquant qu'être rentable à tout prix a un prix sur la qualité de prise en charge.</p>
<p>ENTRETIEN 9</p>	<p>Ce CDS pense également que l'hôpital est une entreprise car il possède un budget contraint, différentes instances. Néanmoins, d'après elle, il faudrait revoir la façon de répartir le budget.</p>

Mots clés :

Les différentes questions posées :

- En tant que cadre comment pouvez-vous amener le changement ? Comment le définissez-vous ?*
- Lorsque vous parlez d'accompagnement des équipes, qu'entendez-vous ?*
- Pensez-vous pouvoir dépasser ses résistances ?*
- Pensez-vous pouvoir dépasser cette résistance au changement ?*
- Qu'entendez-vous par accompagnement au changement ?*
- Que connaissez-vous de la conduite de changement ?*
- Comment définissez et vivez-vous le changement ?*

- ✓ *Émotions*
- ✓ *Évolutions*
- ✓ *Accompagner*
- ✓ *Résistances*
- ✓ *Habitudes*
- ✓ *Ancienneté*
- ✓ *Génération*

RESUME

**ENTRETIEN
2**

Il a déjà eu à faire des changements étant donné ses différents plans sociaux. Le but d'un changement est de mettre en équilibre la demande et l'organisation pour une qualité. Il énonce les notions de stress, de part d'angoisse qu'induit tout changement. Selon lui, les professionnels doivent changer leur processus depuis qu'ils moins nombreux. Le rôle du CDS est d'échanger, d'être à l'écoute, de rassurer, d'encadrer et d'accompagner. Il donne même un exemple de changement qui a créé des inquiétudes mais en tant que responsable il a su les gérer, en écoutant les équipes et en les intégrant au projet et en les accompagnant. Pour lui, les résistances au changement et les freins font partie du changement, mais cela peut être plus difficile lorsqu'il s'agit de « *personnel ayant une ancienneté* », « *c'est plus compliqué* ».

**ENTRETIEN
3**

Elle pense que le changement permet la mise en place de l'innovation et de la créativité. Le CDS se doit de connaître le fonctionnement d'une équipe paramédicale sans toutefois devoir être expert dans le domaine d'un service. La conduite de changement est un travail permanent, « *un travail de tous les jours* » où l'on doit expliquer tout. « *Le changement est inévitable* » et doit se préparer via des stratégies managériales, en équipe. Il faut tenir compte que le changement induit de l'angoisse, du stress, des tensions, des conflits et de l'incertitude. Or l'incertitude n'est pas productive ce qui oblige le CDS à rassurer ses équipes, avec les informations en sa possession.

**ENTRETIEN
8**

Cette directrice connaît toutes les étapes de la conduite du changement :

- « *Évaluer l'environnement et les ressources : les points forts, les points faibles, les risques, repérer les personnes sensibles qui peuvent être en difficulté ;*
- *Anticiper ;*
- *Il s'agit de reprendre les étapes d'un projet ;*
- *Communiquer ;*
- *Donner du sens ;*
- *Ensuite on évalue ;*
- *Féliciter chaque résultat et repérer les contraintes »*

Pour elle, le système de santé a induit des changements de type organisationnels comme la chirurgie ambulatoire.

**ENTRETIEN
4**

Ce médecin vit actuellement des changements dans la prise en charge de ses patients, en ambulatoire par exemple. Il émet l'idée que des résistances au changement peuvent apparaître et que cela est logique. Le changement est nécessaire pour permettre l'évolution des pratiques de travail. Pour lui, l'institution a un rôle à jouer dans l'annonce du changement et doit néanmoins mettre le personnel en adéquation.

ENTRETIEN
5

Ce médecin voit que le changement passe par le CDS dans un service. Elle prétend pouvoir reconnaître un service qui fonctionne en fonction de l'implication de son CDS.

ENTRETIEN
1

Sur la question du changement, elle énonce l'évolution du dénominateur patient/ client, la T2A et fait une remarque sur l'introduction du secteur privé dans le secteur public.

Elle a notion de ce qu'est un changement puisqu'elle a vécu la fusion de trois établissements pour n'en faire qu'un.

Elle traduit bien la difficulté du changement : « *on veut toujours maintenir ce qu'on a connu* » ... « *on se rebute* »

Elle nous explique bien que les communications par mails est un changement qui la choque.

La communication verbale de face à face est primordiale pour elle.

ENTRETIEN
6

Pour ce CDS, le changement imposé par l'institution l'éloigne un peu plus tous les jours de la proximité en ne communiquant pas toujours à bon escient.

Il lui est difficile d'accompagner ses équipes dans le changement. Selon elle, les professionnels ne possèdent pas toujours l'information car ils sont « *un peu éloignés de l'administratif* ».

Cette CDS vit actuellement une fusion de trois établissements ce qui impacte son regard. La demande de la direction est d'uniformiser les pratiques. Or, il faut prendre en considération l'histoire de ces hôpitaux.

La communication joue un rôle primordial et, si elle n'est pas fluide, le changement ne l'est pas non plus et la résistance apparaît.

Le CDS emmène le changement auprès des équipes mais ce n'est pas chose facile. Les habitudes de service peuvent compliquer la tâche et les demandes institutionnelles, ministérielles ne sont pas toujours très claires. En effet, ils émettent des théories en oubliant d'expliquer la mise en pratique. Néanmoins, le CDS se doit de se créer un réseau pour lui permettre de pouvoir comparer et donc d'avoir une prise de recul nécessaire.

Ce CDS a fait une partie de son mémoire sur la conduite de changement avec comme thème la mise en place du dossier informatisé. Après son IFCS, elle a pu le mettre en pratique.

Pour elle, la conduite du changement passe par l'accompagnement du CDS et permet de mettre en place la coordination. Elle explique que « *ce n'est pas forcément les changements radicaux qui sont les plus compliqués à mettre en place* ».

ENTRETIEN
7

Les freins au changement sont les habitudes, l'incompréhension, la non information, la non remise en question et le manque de communication. Les agents ne comprennent le changement que s'il leur apporte une plus-value et qu'ils aient connu le « *point de rupture* ». Le travail du CDS est de le faire comprendre.

Le CDS se doit d'avoir anticipé les freins et les leviers du changement et avoir au préalable discerné les personnalités constituant l'équipe. Il adaptera alors sa communication en fonction des différentes personnalités.

Le changement induit un changement d'état, les agents sortent « *de leur zone de confort* ».

Le changement ne modifie pas forcément les choses de façon radicale.

Cette CDS parle également de prendre en compte les différentes générations qui compose l'équipe pour permettre le changement.

ENTRETIEN
9

La conduite du changement serait plus facile à l'hôpital que dans le milieu médico-social car il existe une dynamique de groupe différente qui permet de favoriser l'adhésion.

Le CDS a un rôle à jouer dans la dynamique de groupe, car elle doit être en accord avec la direction. Selon elle, « *avec le dialogue la communication on peut faire arriver à faire changer les mentalités* ».

12.3.4 Les valeurs soignantes

Les différentes questions posées :

Quelles sont les valeurs soignantes ?

Que pensez-vous de l'évolution des valeurs soignantes ?

Lorsque vous parlez de « fibre » pensez-vous aux valeurs professionnelles ?

Il y a-t-il un accompagnement différent en fonctions des corps de métier ?

Que pensez-vous des Pratiques Avancées ?

Que pensez-vous de l'évolution des valeurs soignantes ?

Mots clés :

- ✓ *Monde de la santé*
- ✓ *Jeu de pouvoirs*
- ✓ *Histoire*
- ✓ *Sens du travail*
- ✓ *Reconnaissance*
- ✓ *Valeurs*
- ✓ *Réflexivité*
- ✓ *Société*
- ✓ *Évolution*

RESUME

ENTRETIEN 2

Il énonce l'idée que le CDS doit connaître « *la partie purement médicale* », et venir du monde de la santé, ainsi qu'une formation sur la gestion.

Il doit venir de ce milieu pour mieux le comprendre, pour lui c'est une vraie compétence.

D'après lui, l'idée de créer un collectif cadre est primordial pour accompagner les équipes et les changements.

ENTRETIEN 3

Cette directrice connaît l'histoire des infirmières avec les bonnes sœurs. Elle émet l'idée qu'au sein de l'hôpital il y a des enjeux de pouvoir.

Elle pose le constat que les nouvelles IDE sont formées pour de nouveaux métiers, comme les pratiques avancées par exemple. Elle se questionne beaucoup sur ce que les médecins vont laisser aux IDE, car elle doute beaucoup.

ENTRETIEN 8

Depuis plusieurs années, la réglementation a permis de redéfinir le rôle de chaque acteur de soin.

Pour cette directrice les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA), ne sont qu'un retour en arrière et ne répondra que partiellement à un besoin de médecin.

Selon elle, auparavant les soignants ne partageaient pas l'information, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Pour elle, les valeurs soignantes se doivent d'évoluer et se concentrer sur le sens du travail, le respect des protocoles. Le sens du travail peut se perdre si on se retrouve à l'écart.

ENTRETIEN 4

Pour lui le travail en équipe est primordial et nécessaire. Toutefois, il énonce que le corps médical peut être égoïste à certains moments.

ENTRETIEN 5

Ce médecin connaît l'histoire de la construction des valeurs soignantes, avec la place que le médecin a pris. Selon elle, historiquement et culturellement, le médecin était « *le pater familial qui gérait son service qui commandait les médecins, les infirmières* ».

Il y aurait encore ce sentiment de toute puissance chez les internes d'aujourd'hui.

Elle parle même de la construction d'une hiérarchie entre paramédicaux et médicaux. Selon elle, les IDE doivent également s'imposer.

ENTRETIEN 1

Lorsqu'elle énonce l'idée de n'être « *qu'un pion laissé pour compte en moins entendu* » il est évident que la notion de reconnaissance est touchée.

Elle a notion de ce qu'est un changement et cela touche son besoin de valorisation et de reconnaissance.

ENTRETIEN**6**

D'après elle, les agents sont toujours animés par des valeurs professionnelles, mais malheureusement, ils perdent l'envie de travailler dans ces conditions de travail.

Les risques psychosociaux se majorent également. Pour elle, l'institution devient maltraitante avec ses agents, car la reconnaissance n'est plus là.

ENTRETIEN**7**

Pour elle, le CDS doit amener ses équipes à pratiquer la réflexivité dans leur pratique. Elle s'appuie alors sur la gestion des risques avec les Comité de Retour d'Expérience (CREX), Revue de Mortalité Morbidité (RMM). Cette pratique réflexive est très chronophage mais permet la remise en question nécessaire au changement.

Pour ce CDS, la formation des professionnels est différente. Dans l'institution, il existe une partie administrative et une autre soignante.

Le CDS doit amener son équipe à accepter d'évoluer dans leur profession malgré un diplôme.

ENTRETIEN**9**

Pour elle, les valeurs soignantes ont évolué en parallèle des mentalités de notre société. Néanmoins les valeurs humaines sont toujours présentes.

Selon elle, « *il y a un conflit de génération* »

Aujourd'hui, le niveau des diplômés a évolué et le métier d'IDE s'ouvre par exemple « *au niveau de l'éducation thérapeutique, au niveau de la prise en charge des patients* ».

12.3.5 La place du CDS

Mots clés :

Les différentes questions posées :

Comment voyez-vous la place du Cadre ?

Quelle différence voyez-vous entre le CDS et la surveillante ?

Pensez-vous que le cadre doit faire de la surveillance ?

Comment voyez-vous la place du cadre dans tous ces changements organisationnels ?

Comment voyez-vous la place du cadre de santé dans une équipe ?

Comment situez-vous le cadre de santé ?

Quelles évolutions avez-vous vu du métier de CDS ?

- ✓ **Central**
- ✓ **Au milieu**
- ✓ **Fils conducteur**
- ✓ **Adaptation**
- ✓ **Interactivité**
- ✓ **Maillon**
- ✓ **Rouage**
- ✓ **Engrenage**
- ✓ **Jonction**
- ✓ **Coordination**

RESUME

ENTRETIEN 2

Le cadre est central d'après lui, il se doit de prendre du recul pour pouvoir accompagner les équipes et permettre de déceler les dysfonctionnements.

Selon lui, le CDS a la capacité de prendre du recul et de la hauteur et est « *plus dans l'organisationnel, la stratégie, l'évolution des services* ».

Pour elle, le CDS doit savoir expliquer les évolutions du système de santé, comme avec la T2A. Sans cela, cela peut être difficile pour le cadre.

Cette directrice connaît l'évolution du métier de CDS avec le passage de la surveillante, à cadre de soins, cadre de proximité et CDS. Pour elle, le CDS a la capacité de prendre du recul, de la hauteur et être transverse, et connaît l'institution dans sa globalité.

Elle voit l'évolution du CDS tourné sur la professionnalisation et l'universitarisation de ses équipes infirmières.

Elle s'inquiète de ce que l'universitarisation va amener dans les équipes car pour elle cela va créer des niveaux entre les générations. Elle se pose beaucoup de questions.

Mais elle reste catégorique lorsqu'elle dit « *notre évolution (en tant que CDS) passe par de toute façon une formation de manager* ».

Selon elle, le CDS est « *le rouage* », « *l'engrenage* » entre l'institution et l'équipe. Il s'agit d'un travail difficile car dans ce monde sanitaire, il y a des enjeux de pouvoir et des restrictions budgétaires.

Le rôle du CDS évolue, il gère à la fois la qualité et la sécurité des soins, mais également l'équilibre financier. Il traduit les demandes de l'administration à ses équipes.

Pour cette directrice, le CDS se doit d'être « *un vrai manager, il doit connaître, avoir les outils de gestion* ». Il doit adapter son management en fonction de la génération, et rendre autonome l'équipe. Il doit savoir motiver.

« *En tant que manager, on justifie, explique, partage, communique, associe et on donne le droit à l'autre d'exister* »
« *Le manager doit faire preuve d'humilité, être rigoureux, le manager est un vrai moteur. Il prend une décision avec les éléments qu'il a à un instant T, mais il n'est pas parfait, pas d'idéalisation, il reste humain. Donc il est imparfait, pas infaillible, et il doit savoir le reconnaître et le dire.* »

Elle différencie bien le travail d'une surveillante et celui d'un CDS. D'après elle, les missions et les objectifs du CDS ont évolué : son positionnement est plus proche de la direction. Le CDS est un médiateur et un traducteur.

« *Être CDS, c'est un ensemble de compétences, il doit être formé et avoir certaines prédispositions, et le vouloir.*

« *Le CDS porte les projets, il est l'interface entre la direction, les soignants et le patient, et garant de l'harmonie.* »

ENTRETIEN 8

Ce médecin parle de « *Chef de bloc* » qui a permis de fluidifier le fonctionnement et avec qui il peut échanger.

D'après lui, le CDS est central dans l'équipe médicale, il permet de développer le fonctionnement, l'organisation et en conséquence la rentabilité de l'établissement.

Lors de l'énoncé de ma question de recherche, ce médecin affirme que le CDS est le lien entre les différentes parties, il serait là pour traduire la partie financière.

« *En plus des fonctions de gestion un cadre doit avoir des fonctions de médiateur* ».

ENTRETIEN 4

<p>ENTRETIEN 5</p>	<p>Ce médecin énonce le rôle de surveillance du CDS, mais elle dit bien que certains cadres se satisfont de ce rôle et d'après elle il s'agit des anciens cadres. Pour les nouveaux CDS, ils arrivent à impulser le changement et un esprit d'équipe en définissant des projets. Ce médecin voit le CDS comme un allié et un médiateur entre les équipes. Il se doit de motiver les équipes et faire prendre conscience à différents acteurs leurs rôles.</p>
<p>ENTRETIEN 1</p>	<p>Selon elle, le CDS est central dans cette organisation et possède un rôle « <i>important</i> » et « <i>peut jouer</i> » dans la balance. Pour cette IDE, la CDS est l'interface entre les paramédicaux et les médicaux. Étant IDE depuis plusieurs années, elle a connu les surveillantes et aujourd'hui les CDS. Cependant, elle connaît les missions et rôle du CDS, mais ne fait pas la différence entre celle du Cadre de pôle et la DSI (Direction des Soins Infirmiers). Pour elle il s'agit d'une multitude de fonctions et d'intermédiaires. Elle ne possède pas de vision sur les différentes strates hiérarchiques. Son interlocuteur primordial est le CDS, car il a la capacité d'accompagner, d'écouter et d'être disponible. On note qu'à la fin, elle énonce le manque d'encadrement de nuit</p>
<p>ENTRETIEN 6</p>	<p>Cette CDS connaît bien l'évolution du métier de CDS. Pour ce CDS, elle ne voit pas d'un bon œil les évolutions du système de santé. Selon elle, on lui demande de faire de plus en plus de tâches administratives, de la qualité et on l'éloigne de la proximité. Sa vision du CDS, repose sur le fait que l'encadrement doit « <i>donner les lignes directrices</i> » aux équipes. Pour elle, le CDS essaye de s'adapter à la qualité et à la sécurité, or cela lui paraît impossible aujourd'hui. Elle a un sentiment de régression et non d'évolution.</p>
<p>ENTRETIEN 7</p>	<p>Pour elle, le CDS permet de faire la jonction entre les différents corps de métier. Il a un travail important de coordination. Elle place le CDS « <i>au milieu de tout ça</i> », mais elle émet l'idée que le CDS doit adhérer à l'organisation pour permettre son évolution et donc le changement. Elle émet l'idée que le CDS peut se sentir seul par moment, car il ne fait pas partie de ses équipes mais les guide.</p>
<p>ENTRETIEN 9</p>	<p>Pour elle, la place du CDS est en pleine mouvance. Avant le CDS était de proximité, il apportait des réponses par rapport à ses connaissances. Aujourd'hui, le CDS doit être un manager, dans le sens où il crée et écrit des projets. Il se doit de rester proche du terrain « <i>pour pouvoir rédiger, accompagner, fédérer ses équipes autour de différents projets</i> » Le CDS est le pilier principal dans l'institution hospitalière et médico-sociale, il a « <i>une place centrale</i> », il « <i>est le fils conducteur</i> » Il doit « <i>avoir cette connexion et cette interactivité entre le personnel et la direction et vice versa, il est un maillon central au niveau de la santé.</i> »</p>

13 Analyse des différents thèmes

Je vais vous présenter l'analyse des entretiens selon les différents thèmes et par catégories socioprofessionnelles ce qui va me permettre de corréliser les grands enseignements : idées similaires ou contradictoires et confronter ces idées avec le cadre théorique dans une analyse croisée. Les thématiques traitées pour les différents entretiens reposent sur ceux du cadre de référence théorique. (Cf. Annexe 3)

Dans la dernière partie, je réaliserai une synthèse des grands éléments qui me permettra de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse de recherche.

13.1 Le système de santé en France

Les directeurs

On constate que les différents directeurs ont une vision différente du système de santé en France : l'un le voit par son approche économique, l'autre historique et la dernière par les évolutions actuelles. Visions qui s'expliquent probablement par le parcours professionnel de chacun.

Les 2 directrices ont une réflexion sur l'évolution du pouvoir médical. Or dans mon cadre de référence théorique, je n'ai pas assez explicité le terme : **pouvoir**. Il repose sur le fait d' « avoir l'autorité, la puissance de faire quelque chose »¹³⁹.

Dans les entretiens avec les directrices, je comprends que l'évolution du système actuel c'est fait vers l'ouverture des hôpitaux. Le système de santé s'est décentralisé de l'hôpital.

Selon Dominique POLTON, ancienne présidente de l'Institut National des Données de Santé (INDS) et actuelle vice-présidente du conseil stratégique de l'innovation en santé, « *En droit public (...) la décentralisation, elle, consiste à confier des compétences, et les moyens financiers, fiscaux et administratifs correspondants, à des collectivités autonomes, dotées comme l'État de la personnalité morale et pourvues de leurs propres organes de décision. L'État n'a plus de pouvoir hiérarchique, même s'il garde un pouvoir de tutelle pour contrôler la légalité des actes des collectivités territoriales.*

En sciences sociales, la décentralisation a une définition plus large, qui renvoie à l'idée d'un accroissement des responsabilités et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central. »¹⁴⁰

Le corps médical

Pour le corps médical, l'évolution du système se réfère aux avancées technologiques en matière médicale : l'ambulatoire et la réduction de la DMS. Le PH est depuis peu dans ses fonctions. Son intérêt pour le système est apparu lorsqu'elle a ressenti un sentiment d'appartenance à un établissement de santé. L'historique de la répartition des pouvoirs est sous-entendu dans ses propos : « (la hiérarchie) *c'est culturel, c'est très historique. Avant le médecin c'était le pater familial qui gère son service, qui commandait* »

Ce médecin a du mal à appréhender le système de santé actuel dans lequel on voit apparaître des revendications contestataires : manque de ressources humaines, trop de demandes d'économies, trop de rentabilité. Ce qui lui fait dire que les évolutions ne sont tournées vers le bien-être du patient mais simplement sur l'aspect financier.

Elle parle de cette notion de transversalité induite par la loi HPST du 21 juillet 2009 avec la création des pôles.

Le médecin d'origine étrangère, quant à lui, est entré dans un système de santé dont il n'appréhende forcément pas encore les contours historiques. Cependant, l'évolution des pratiques, comme le développement des avancées médicales, de l'asepsie, de l'ambulatoire et de la prévention, lui paraît être une évolution positive. D'ailleurs, il découvre l'Assurance Maladie en France et il considère que l'économie de la santé peut passer par une redéfinition des remboursements.

On constate que les deux médecins différencient les établissements privés et publics.

Les CDS

Les CDS voient une évolution du système de santé dans ses pratiques médicales, son organisation et son financement. Pour deux d'entre elles, cela est positif. En revanche, la CDS du CH public a une vision négative de ses évolutions qui peut se justifier par son parcours professionnel : elle a évolué au sein de la même structure durant plus de 13 ans en tant que CDS, et 31 ans de sa carrière.

Les 2 autres CDS ont eu des parcours plus riches et possèdent une vision plus globale du système de santé. Néanmoins, lors de nos entretiens, très peu ont évoqué la modification de la répartition des pouvoirs : seule la CDS du CH l'a ressentie.

En opposition, elles énoncent toutes le déploiement de **la qualité des soins au service du patient**. La notion de GHT

¹³⁹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *pouvoir* », [Consulté le 5/05/2018] URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/pouvoir>

¹⁴⁰ POLTON Dominique, « *Décentralisation des systèmes de santé* », bulletin d'information en économie de la santé, n°72, octobre 2013, URL : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes72.pdf>

est citée par les CDS du public uniquement ce qui est logique puisque cela ne touche que le secteur public. Néanmoins, les avis des 2 CDS du public s'opposent très clairement : l'une voit par le GHT, le déploiement sur une région de compétences et de performance et l'autre n'y voit qu'une façon de fermer des services.

Les soignants

N'ayant interviewé qu'une seule IDE, je ne peux donc pas comparer ses propos avec d'autres. Pour elle, les caractéristiques du système de santé se résument à des lois qu'elle ne peut citer. De plus, lors de nos échanges, la notion de répartition d'un budget apparaît donc une notion d'économie. Elle différencie les établissements privés et publics ainsi que l'arrivée de consultation privée dans le public qui ont été induits par la réforme Debré.

Comme elle évoque la Cadre de Pôle et parle même du GHT comme un regroupement avec un autre établissement, il va de soi qu'elle connaît l'organisation par pôle. Donc si je me réfère à mon cadre de référence, j'en déduis que cette IDE énonce la loi HPST de 2009, dont elle ne retient qu'une évolution axée sur la qualité.

Je note également qu'elle appréhende le changement par les répartitions des pouvoirs ; elle ressent la hiérarchie administrative et médicale et la répartition de pouvoirs ramenés exclusivement sur le directoire. Pour elle, l'évolution s'est effectuée de façon progressive, elle en ressent les effets depuis 2010 environ ce qui donne suite à la loi HPST.

L'analyse croisée

L'IDE et la CDS qui ont évolués au sein du même CH ressentent les effets sans en comprendre le sens.

Les 2 CDS et les 3 directeurs connaissent et adhèrent au but de ses évolutions.

LE PH est en contradiction et le médecin étranger ne connaît que trop peu les évolutions.

L'aspect historique de mon cadre de référence est parsemé dans les entretiens, les dates ne sont pas toujours connues. Je ne pense pas que la connaissance suffit à intégrer l'information. Je voulais savoir qu'elles étaient les évolutions marquantes pour chaque professionnel et connaître le vécu subjectif.

Dans plusieurs entretiens, la notion de consultation privée dans le service public a été énoncée. Cette mission date de l'ordonnance du 30 décembre 1958 dite « *Ordonnance Debré* ». Je n'avais pas énoncé dans mon cadre de référence cette fonctionnalité de la réforme.

De même, le développement de la qualité des soins a été énoncée par chaque catégorie professionnelle : cette mission date de la loi du 31 juillet 1991, Art. L710-3. – « *Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.* »¹⁴¹ et ne cesse de se développer.

Je n'avais pas pris en considération l'évolution de la qualité dans mon cadre théorique car je l'avais axé sur la partie gestionnaire en regard de mes lectures.

Néanmoins, l'évolution principale que nous retrouvons chez tous les interviewés est celle de **l'aspect économique** et de **l'évolution du financement la T2A**.

Lors de ces entretiens, des nouvelles références apparaissent comme : **le développement des compétences, la polyvalence, la reconnaissance professionnelle et les RPS**.

Ces différentes notions ne m'avaient pas interpellé car je ne les avais pas retrouvées dans mes lectures. Mais cela serait intéressant de traiter ce sujet dans un nouveau cadre de référence.

Au vu de mes entretiens et de leurs analyses, je confirme partiellement mon hypothèse n°1 : **Le CDS se doit de connaître la transformation historique et culturelle de l'institution hospitalière pour mieux appréhender les évolutions à venir**.

En effet, mon questionnement lors des entretiens ne reflète pas mon hypothèse. Cependant, pour certains d'entre eux, il apparaît que le CDS se doit d'avoir une vision globale des évolutions de notre système pour mieux appréhender les évolutions futures.

Lors de mes entretiens, mes questions n'étaient pas en lien direct avec mon thème. Mon thème est large et donc complexe à maîtriser. Je peux en conclure que les différents acteurs ne maîtrisent pas tous les aspects de notre système de santé.

¹⁴¹ Légifrance.fr, « *loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière* », [Dernière mise à jour le 17/05/2018], [Consulté le 08/05/2018], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>

13.2 L'hôpital entreprise

Tous les corps de métier sont unanimes pour dire que l'hôpital d'aujourd'hui est devenue une entreprise via son financement. En revanche, il existe deux clans : ceux qui sont pour et ceux qui sont contres.

Les directeurs

Pour les directeurs, l'hôpital est déjà une entreprise par ses différentes instances, sa hiérarchie et son langage : rentabilité, efficacité, efficience. Pour eux, le système médico-économique et sociétal définit ce fonctionnement.

Le DAF situerait cette évolution financière à 2010. La directrice du centre municipal la date à la mise en place de la T2A. Pour la directrice du privée, ce système financier a été mis en place à la suite des dépenses de santé exorbitantes par le passé. Cette vision a eu des répercussions sur les organisations, les ressources, les compétences et l'avenir de l'hôpital.

Néanmoins, pour les 2 directrices, le mot entreprise a une connotation négative car cela renvoie à une notion de rentabilité. Et pourtant, le milieu hospitalier n'a pas évolué dans cette notion industrielle car, comme le dit une directrice, le patient ne peut être vu comme un produit. Le risque majeur pour 2 d'entre eux est de déshumaniser les soins et de conduire les professionnels de la santé au turnover et donc au burnout.

Pour tous les directeurs, l'hôpital est une entreprise dans le domaine de la santé. Le CDS possède alors une compétence dans la gestion hospitalière. Il permet de traduire ses évolutions aux équipes et peut permettre l'équilibre nécessaire entre le côté financier et la qualité des soins.

Le corps médical

Pour les médecins, l'hôpital est une entreprise par son désir d'économies et par les demandes ministérielles : la DMS et l'ambulatoire. D'après le PH, cet aspect économique des ressources humaines et financières mène les hôpitaux à une course à la rentabilité. Et la qualité de la prise en charge des patients en est altérée. Cela n'est pas dû à la mise en place de la T2A mais à la logique directionnelle en place.

Pour le médecin étranger, il n'y a pas de rentabilité à proprement dit car il y aurait encore des économies à faire avec les remboursements abusifs. Ce médecin connaît la codification et l'encodage qui renvoi alors au PMSI. Pour lui, le CDS, en tant que responsable, possède des notions de gestion qui lui permet d'avoir une vision globale et de pouvoir finalement traduire la partie financière aux équipes.

Les CDS

Les CDS affirment tous que l'hôpital est une entreprise par son contexte règlementaire, son financement et son budget. Pour deux d'entre elles, cela est positif, elle possède une vision globale de l'institution. Cependant, pour la CDS, qui a évoluée au sein du même CH, il s'agit là d'une connotation négative en détriment de la qualité et de la sécurité des soins. Mais en même temps, lors de cet entretien, elle dit bien que la qualité est trop prégnante et en inéquation avec ces restrictions budgétaires.

Les soignants

Cette IDE pense également que l'hôpital est devenu une entreprise pour son organisation directionnelle et son évolution budgétaire. Elle avoue ne pas connaître la T2A car dans son parcours elle n'a jamais travaillé dans un service soumis à la T2A. Elle émet l'idée cette évolution tournée vers l'entrepreneuriat aurait un impact sur la cohésion d'équipe.

Elle date ce changement vers les années 2008, ce qui renvoie à l'obligation de la T2A sur les services de MCO.

L'analyse croisée

Le PH et une des CDS ressentent des effets négatifs de la mise en place de la T2A : cela impacterait la qualité et la sécurité des soins faits au patient.

Les deux CDS, l'IDE et le médecin étranger et les trois directeurs connaissent les évolutions financières.

Le PH est en contradiction et le médecin étranger ne connaît que trop peu de choses.

Certaines similitudes entre l'hôpital et l'entreprise énoncées dans mon cadre de référence se retrouvent dans les entretiens comme les différentes instances, le langage et le corps décisionnel.

Dans plusieurs entretiens, l'hôpital est une entreprise dans le domaine de la santé. Le CDS possède alors une compétence dans la gestion hospitalière, il est expert dans son domaine d'expertise : la santé. Il permet alors de traduire ces évolutions financières aux équipes. Il peut amener l'équilibre nécessaire entre le côté financier et la qualité des soins.

Lors de ces entretiens, des nouvelles références apparaissent comme : **le développement des risques comme le turnover et les RPS**. Ces différentes notions je ne les ai pas développés dans mon cadre de référence. Ces différentes notions ne m'avaient pas interpellé car je ne les avais pas retrouvées dans mes lectures. Mais cela serait intéressant de traiter ce sujet.

Aux vues de mes entretiens et de leurs analyses, je peux confirmer mon hypothèse n°2 : **Le CDS doit être un gestionnaire pour permettre l'accompagnement de l'évolution de l'institution hospitalière.**

Je peux affirmer que la vision globale permet au CDS de pouvoir appréhender les évolutions futures, et la gestion financière en est une.

13.3 La conduite du changement

Les directeurs

Pour les directeurs, le changement permet d'atteindre un objectif, un but clair. Il permet d'évoluer et d'innover. Il induit un état de mouvement : « *il faut avancer* ». Pour cela le DAF et l'une des directrices, donnent un système par étapes :

1. Un état des lieux : évaluation,
2. Définition du but
3. Conduite du projet
4. Communiquer en donnant du sens au changement
5. Une évaluation.

De plus, tous énoncent que le système de santé induit des changements et que cette conduite peut s'avérer complexe et prendre du temps. Ils énoncent l'aspect émotionnel induit par le changement : stress, pression, angoisse.

Tous tendent à dire que le CDS doit accompagner, rassurer, encadrer, être à l'écoute, anticiper, savoir communiquer, savoir faire naître les échanges, convaincre, motiver, faire naître la confiance, déléguer, et surtout leur faire prendre conscience du bien-fondé de l'évolution. Le CDS doit posséder ce qu'ils nomment des stratégies managériales, pour amener les professionnels à trouver la solution.

Pour eux, la résistance aux changements est inévitable et va de pair avec le changement. Il faut savoir repérer les freins. Les freins souvent cités sont les habitudes de travail et l'ancienneté des professionnels. Le DAF émet l'importance de la communication et de l'accompagnement de la direction dans le changement.

Le corps médical

Pour les médecins, le changement se définit beaucoup par des changements organisationnels. L'idée qui ressort de ces entretiens est celle selon laquelle les résistances sont induites par la personnalité du groupe et de l'équipe. L'acceptation n'est pas chose facile.

Les CDS

Pour les CDS, la conduite de changement est un processus complexe. Ainsi, pour l'une d'elles, on constate que le changement est quelque chose de négatif. Vision, comme ont pu déjà le citer précédemment, qui s'explique par la situation qu'elle vit actuellement : la fusion de trois établissements. Ce qui est intéressant c'est qu'elle insiste sur le besoin de communication de la direction dans cette conduite.

Les deux autres CDS, quant à elles, approuvent cette conception. En effet, elles considèrent que le changement vient d'un contexte réglementaire et institutionnel ce qui n'est donc pas quelque chose de mauvais pour la structure. Pour l'une des CDS, elle nomme le changement par l'universitarisation qui se fait pour les diplômés des paramédicaux.

Deux CDS énoncent des leviers au changement. Elles expliquent l'importance d'anticiper, de créer des liens et de mettre en place des stratégies managériales.

Les soignants

L'IDE ayant subi une fusion, a perdu sa place et a le sentiment de n'être qu'un pion dans ce bouleversement qui manque en plus de communication. Communication qui est pourtant pour elle primordiale dans sa façon d'appréhender son poste.

L'analyse croisée

Pour le DAF, les CDS, le PH, et l'IDE, la dynamique impulsée par la direction est très importante ainsi que la communication. En regard de mon cadre de référence théorique, et de l'ensemble de mes entretiens, je comprends que le changement prend du temps et n'est pas chose aisée car il fait appel à l'aspect émotionnel d'un groupe et des individus. Le changement est avant une recherche d'amélioration et cela est perceptible dans six entretiens. Pour les directeurs, le changement possède une notion de mouvement et cela rappelle le processus dynamique énoncé page 7.

La conduite de changement est largement explicitée par les CDS et les différents directeurs. Pour beaucoup d'entre eux, les résistances font partie du changement et le CDS se doit de les anticiper pour mieux accompagner et amener le changement. Les médecins, les directeurs et deux des CDS parlent bien de la personnalité de l'individu, sans citer les différentes catégories (page 19).

Pour eux, le CDS se doit de mettre en place des stratégies managériales, pour amener les professionnels à trouver la solution. Lors de ces entretiens, la référence sur **l'universitarisation apparaît en amont par rapport au déroulé de mon cadre conceptuel.**

Aux vues de mes entretiens et de leurs analyses, je peux confirmer mon hypothèse n°3 : **Le CDS se doit de connaître la conduite de changement. La direction impulse au CDS la conduite de changement par son implication et sa communication.**

13.4 Les valeurs soignantes

Les directeurs

Le DAF ne connaissant pas le monde sanitaire, les valeurs soignantes de lui parle pas. En revanche, dans nos échanges, il définit l'équipe par l'idée d'ensemble par un fonctionnement propre. Pour lui, il s'agit d'un lieu d'échange et d'un objectif commun. Les directrices connaissent bien l'historique des valeurs soignantes. Elles situent bien la place des médecins et des IDE dans l'histoire : avant le médecin était en position de « Dieu », et les IDE étaient des bonnes sœurs conduites par la charité. Grâce aux évolutions réglementaires, les responsabilités de chacun ont été définies. Or comme le dit l'une des directrices, la pénurie de médecins a développé l'évolutions des métiers et donc des professions soignantes : avec les IPA, ou la prescription via les pharmaciens.

De plus, les directrices insistent beaucoup sur l'évolution des générations : pour l'une d'entre elle il s'agit même d'une évolution qui impacte notre système de santé. La valeur et le sens du travail évolue également.

Pour eux, le CDS possède une position **centrale** dans l'équipe pour appréhender les changements et les conduire. Il permet de mener une réflexion. Il a la capacité de traduire l'information de manière ascendante ou descendante. Il favorise donc les échanges entre les groupes et les équipes. Le CDS ferait partie de l'équipe directionnelle, car il informe les équipes des changements.

La directrice du public énonce la valeur d'égalité en disant « *Soigner tout le monde, tout venant toute personne* ». De même, elle parle de garder l'entité des soignants en soigner des personnes, ce qui sous-entend le CURE, mais également le CARE, car elle englobe les médecins et les IDE.

Une des directrices insiste sur l'universitarisation des professionnels de santé, comme étant une évolution marquante, mais qu'elle n'arrive pas à appréhender les effets sur les soignants.

Elle énonce le risque que des niveaux dus au diplôme, aux compétences apparaissent au sien des équipes soignantes.

Le corps médical

Les médecins ne sont pas très au fait des valeurs soignantes. Ils possèdent la même logique d'une équipe : le travail se fait ensemble. Le CDS est un allié et l'acteur central qui peut impulser l'esprit d'équipe.

La notion de hiérarchie n'est plus présente pour ces 2 médecins. Néanmoins, chacun d'eux énonce le fait que certains médecins se réfèrent à cette hiérarchie, due à une culture du pouvoir.

Cependant, le PH énonce bien l'historique médical. Pour elle, certaines IDE ne veulent pas prendre le pouvoir, et exécutent simplement les ordres. Cela fait penser à l'histoire de la construction identitaire des IDE et aux différents courants. Selon elle, il y a une perte de la reconnaissance professionnelle par la direction.

Les CDS

Les CDS sont unanimes en affirmant que les valeurs soignantes ont évoluées. Pour l'une d'entre elles, les évolutions influencent négativement les valeurs soignantes, induisant de la frustration et de la démotivation. Cela s'expliquerait par une opposition entre les demandes institutionnelles et les valeurs professionnelles.

Pour les 2 autres CDS, l'évolution des mentalités et du contexte règlementaire, ont induit une modification des valeurs professionnelles. Des conflits générationnels sont apparus dus à la différence de formation avec l'arrivée d'une approche pédagogique tournée vers la réflexivité.

L'une d'elle, précise bien que les valeurs humaines sont toujours présentes. Néanmoins, l'une des CDS énonce parfaitement l'évolution législative qui a permis la définition des missions de chaque corps. Toutefois, elle explique que la pénurie de médecin induit un comportement néfaste sur le respect de nos valeurs personnelles. Seule une CDS, dit respecter à son niveau la valeur de continuité induite par la permanence des soins.

Les soignants

L'IDE énonce l'idée d'osmose entre les anciens en parlant de la notion d'équipe. Elle ressent clairement la modification dans l'évolution de la notion d'équipe. Lors de nos échanges, elle parle bien de ce pouvoir médical d'antan. Je n'ai pas pu appréhender les valeurs soignantes avec elle car je n'ai pas su la relancer sur le thème.

L'analyse croisée

Les directrices, les médecins et les CDS connaissent bien l'historique des différents corps de métier. Grâce aux évolutions réglementaires, les responsabilités de chacun ont été redéfinies. Or comme le dit l'une des directrices et une CDS, la pénurie de médecins a développé l'évolutions des professions soignantes.

Une des directrices et les CDS insistent sur la nouvelle pratique pédagogique de la réflexivité. Elle conduit à l'universitarisation des professionnels de santé qui va conduire à des conflits générationnels.

Sur les 4 valeurs du service public, seule la neutralité n'a pas été énoncé par es interviewés. Les 3 autres, ont toutes été énoncés par un corps de métier.

Les concepts de CURE et de CARE sont sous-entendus dans un seul entretien. Je pense que mes questions n'ont pas orienté la discussion sur le sujet.

Le DAF et les médecins n'énoncent pas les valeurs soignantes. En revanche, ils possèdent la même logique d'une équipe : le travail se fait ensemble. Une CDS et le PH énoncent le manque de reconnaissance induite par les évolutions réglementaires. Dans plusieurs entretiens, la valeur d'adaptabilité ressort, mais exclusivement lorsqu'on parle des missions du CDS. Une seule CDS a énoncé cette valeur pour les équipes face au contexte réglementaire.

Lors de ces entretiens, des nouvelles références apparaissent comme : **la valeur et le sens du travail, le besoin de reconnaissance**. Ces différentes notions je ne les ai pas développés dans mon cadre de référence, faute de lien direct avec mes lectures.

Dans mon cadre de référence théorique, j'ai énoncé l'arrivée des IPA comme étant une évolution du métier et des organisations des équipes soignantes.

A savoir, que le 14 mars 2018, le gouvernement a lancé un comité de travail sur l'universitarisation des formations en santé, un des objectifs est de repenser l'inter professionnalité.

Pour cela « *la qualité de notre système de santé, repose de façon majeure sur **la coopération entre les différents professionnels, au service du patient**. La coordination ne s'invente pas le lendemain de l'obtention du diplôme. **Les compétences qu'elle nécessite doivent être incluses au cœur même des formations, qui doivent faire une part à des modules interprofessionnels. Rapprocher les cursus paramédicaux et universitaires : il importe de consolider l'articulation entre les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires, de façon à faciliter une meilleure reconnaissance des parcours et les poursuites d'études. Bâtir les métiers intermédiaires : des universités ont été pionnières à travers leurs masters en pratique avancée. Il s'agit aujourd'hui de bâtir à l'échelle nationale l'offre de formation intermédiaire qui permettra de répondre aux besoins du système de santé.** »¹⁴²*

Aux vues de mes entretiens et de leurs analyses, je peux confirmer mon **hypothèse n°4 : La connaissance des évolutions des valeurs soignantes et indispensable afin d'accompagner le changement.**

Les CDS sont unanimes en affirmant que **les valeurs soignantes ont évoluées**. Et 5 personnes évoquent la nouvelle génération comme étant source de modification des valeurs professionnelles mais pas humaines. Je pense que mon questionnement ne soutient pas l'ensemble de mon thème, ce qui ne met en lumière tous les sujets traités dans mon cadre théorique de référence.

¹⁴²http://cache.media.enseignementsuprecherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTÉ_912558.pdf

13.5 La place du CDS

Les directeurs

Pour eux, la différence entre la surveillante et le CDS est clairement repéré. La surveillante avait une action de contrôle de l'équipe. Alors que le CDS possède la proximité mais surtout une vision managériale du monde sanitaire.

Le CDS doit faire preuve d'un management situationnel et non exclusivement directif en opposition à la surveillante.

Le CDS a une **position centrale** dans l'équipe pour appréhender les changements et les conduire. Il permet de mener une réflexion. Il a la capacité de traduire l'information de manière ascendante ou descendante. Il favorise donc les échanges entre les groupes et les équipes. Pour eux le CDS possède des **compétences managériales** : motiver, justifier, expliquer, partager, communiquer à bon escient. Mais pas seulement il est doté d'une vision globale de son environnement et de la gestion des institutions. Il possède des qualités propres : autonomie, humilité et rigueur.

Pour une des directrices, la spécificité du CDS se définit par son appartenance au corps paramédical : qu'elle définit comme « **sa faille et sa force** ».

La vision des directeurs place le CDS dans une fonction motrice, facilitatrice, de médiateur, de traducteur, d'interface, de manager, paramédicale. Il permet de traduire les demandes de chacun afin de trouver des ressources.

Pour 2 des directeurs, le CDS est **attaché à l'équipe de direction**.

Le corps médical

Le CDS est un allier et l'acteur central qui peut impulser les projet et l'esprit d'équipe. Il se doit de coordonner, et d'aider l'équipe au quotidien. Le PH a encore la vision de la surveillante, car dans sa pratique elle est confrontée à une CDS qui est dans le contrôle permanent. Cette CDS ne posséderait pas d'appétence pour conduire les projets.

Le médecin étranger, quant à lui, a une **vision centrale** du CDS. Le CDS possède une **ouverture d'esprit** et des **capacités de gestionnaire** pour amener son service vers la rentabilité.

Selon eux, Le CDS est central, au milieu des équipes, car il est un médiateur et un traducteur entre 2 parties.

Les CDS

Pour la CDS du CH, d'après ses propos, je constate une perte de repère dans l'évolution du métier et du système de santé. Elle regrette la proximité avec les équipes et les patients. Elle dit ne plus avoir de temps, parce qu'elle se sent accaparée par la qualité, les projets et les réunions multiples. Elle n'arrive plus à accompagner, et à **s'adapter** aux demandes multiples.

Pour les deux autres CDS, l'évolution du métier, des missions et des compétences sont bien intégré.

Leur vision du CDS se dissocie en deux parties :

- ✓ **L'une de proximité** : proche des équipes, à l'écoute du terrain
- ✓ **L'autre managériale** : s'imprégner de son environnement, du contexte réglementaire, des objectifs institutionnels, conduire les projets.

Néanmoins, elles affirment que ce travail peut s'avérer compliqué et riche à la fois car **l'isolement** dans la fonction peut induire des RPS.

Pour elles deux, le CDS est central pour l'évolution, un fils conducteur multidirectionnel. Il se doit d'être dans l'interactivité et la connexion. Il s'agit d'un **maillon central**.

Les soignants

Pour l'IDE, la CDS « *joue* » un rôle important sur plusieurs aspects. Elle a vécu l'évolution de la profession passant de surveillante à CDS. Cela a généré chez elle un peu d'interrogation, car aujourd'hui, elle a du mal à attribuer les missions et fonctions des cadres de pôle et de la DSI.

Cependant, elle énonce l'accompagnement, la communication, les outils de gestion et l'ouverture et la connaissance aux évolutions nécessaire au CDS d'aujourd'hui. Le CDS doit s'adapter à son environnement et aux équipes.

L'analyse croisée

Pour l'ensemble des acteurs interrogés l'évolution du métier de CDS est bien précise. Toutefois, l'une des CDS ne se retrouve plus dans ce système, qu'elle juge aller trop vite. Le CDS se doit d'être à la fois de **proximité** tout en sachant prendre du recul au moment opportun.

Pour les soignants, le repérage des missions et fonction du CDS reste une notion à éclaircir. Je constate une ouverture de point de vue sur certain sujet comme le projet, les réunions, mais cela n'est pas représentatif du panel du CDS.

Dans mon cadre de référence théorique, j'ai énoncé que les CDS ne possèdent qu'un document de travail comme référentiel de compétences. Or depuis février 2018, le gouvernement a lancé un comité de travail sur l'universitarisation des formations en santé, un des objectifs est de la formation cadre de santé.

« En tout état de cause, il nous semble nécessaire de prévoir sans attendre des travaux spécifiques en ce qui concerne les cadres de santé et ce pour toute une série de raisons :

- *La réflexion sur les référentiels métier-compétences et formation est ancienne et inachevée ; les acteurs réclament une reprise des travaux et cela paraît légitime ;*
- *En termes de construction de carrière au-delà des métiers-socles, les possibilités d'accéder à des fonctions d'encadrement sont évidemment un enjeu majeur ;*
- *Il y a lieu de traiter ici de plusieurs métiers, en termes de hiérarchie (encadrement de proximité vs encadrement supérieur, direction de soin) comme en termes de destination (encadrement dans les établissements de santé ou formation) ; le sujet est donc riche et complexe ;*
- *il est aussi fortement intriqué avec le processus d'intégration universitaire : les cadres de santé ont un rôle majeur dans le management des organisations hospitalières et l'évolution des celles-ci mais aussi dans l'accueil des personnels en formation pratique ; les cadres formateurs jouent évidemment un rôle clé dans le management, le fonctionnement et l'évolution des écoles et instituts de formation ; même s'il n'y a pas lieu, on l'a dit, de nourrir des inquiétudes quant au devenir individuel des personnels en place, ces corps professionnels sont évidemment impactés par les évolutions en cours ou jugées souhaitables quant au recrutement des formateurs, et en particulier la mobilisation d'enseignants chercheurs parmi ceux-ci ;*
- *L'organisation du tissu d'écoles de cadres mérite d'être revue dans un contexte marqué par la restructuration régionale sur une partie du territoire mais aussi par le renforcement des partenariats entre les CHU et les universités et par la consolidation des compétences régionales en matière de gestion de ces formations : ces écoles n'ont bien souvent pas la masse critique ; elles entretiennent parfois des partenariats disparates et dispersés avec l'Université ; la construction de l'articulation entre expertise professionnelle et savoirs académiques n'apparaît de fait pas optimale dans certains cas ;*
- *L'intégration pleine et entière de ces formations à l'Université doit aujourd'hui être étudiée de façon approfondie et résolument promue. Cela concerne la délivrance de formations dans un cadre universitaire, tout en conservant ou même en consolidant les expertises professionnelles ; cela concerne la durée des études et la diplomation ; cela concerne la position des professionnels-étudiants pendant le temps de la formation et les possibilités de l'alternance. »¹⁴³*

Aux vues de mes entretiens et de leurs analyses, je confirme mon **hypothèse n°5 : Le CDS a une place centrale dans l'organisation hospitalière.**

Pour tous, le CDS est un acteur central qui impulse la cohésion d'équipe, le changement et les évolutions. Pour tous, le CDS est un acteur central dans le système de santé, pour conduire le changement et les évolutions du système de santé.

¹⁴³LE BOULER Stéphane, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Février 2018, Consulté le 2 mai 2018, page 36, URL : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisation/Rapportintermediairefevrier2018_912964.pdf.

14 La Synthèse de l'analyse

D'après l'analyse, pour toutes les catégories professionnelles, l'hôpital est une institution en constante évolution, du fait des changements dans sa gestion financière, ses pratiques soignantes et managériales.

Pour tous, le thème de mon sujet : le rôle de traducteur du CDS dans le système de santé est source d'intérêt. Le système de santé est en continuel évolutions. Les visions confirment son rôle central comme décrit dans le cadre de référence théorique.

Je constate qu'en fonction des différentes catégories socio-professionnelles, le CDS ne possède pas la même place dans la hiérarchie établie. Selon l'analyse des entretiens, la direction, les soignants, et les CDS eux-mêmes, voient le CDS comme un allier pouvant les accompagner dans leurs missions. Ainsi il m'apparaît clairement que le CDS se doit de posséder des capacités relationnelles, réflexives et des compétences managériales afin d'accompagner le changement induit par les différentes évolutions règlementaires.

Il apparaît alors évident que cadre de santé est un pilier pour les membres de son équipe, pour la direction ainsi que pour les usagers. Il ne possède pas seulement des compétences de gestion mais également une approche soignante qui font de lui un professionnel singulier.

Dans l'ensemble, la recherche sur le terrain m'a permis de valider partiellement ou en totalité les hypothèses. Donc, je peux confirmer que :

- Le CDS se doit de connaître la transformation historique et culturelle de l'institution hospitalière pour mieux appréhender les évolutions à venir.
- Le CDS est un gestionnaire qui permet l'accompagnement des différentes évolutions de l'institution hospitalière.
- Le CDS comprend la conduite de changement.
- Le CDS connaît les évolutions des valeurs soignantes puisqu'il fait partie de l'équipe soignante. Il possède donc la légitimité indispensable afin d'accompagner le changement.
- Le CDS a une place centrale dans l'organisation hospitalière. La définition anatomo-pathologique de « centrale » est : « *Qui exerce son action vers les organes situés à la périphérie par rapport à lui* »¹⁴⁴ Cette représentation définit très bien la vision du CDS.

L'évolution a touché également la profession de CDS. Le CDS est le garant de la **qualité** et la sécurité de la prise en charge des patients tout en respectant les **contraintes budgétaires**. Définir les demandes budgétaires institutionnelles est difficile auprès des équipes soignantes pour qui **la valeur** du soin est primordiale.

Au vue de mes recherches, je peux confirmer l'hypothèse de recherche en affirmant que **le CDS se positionne alors en traducteur des différentes logiques : gestionnaire, administrative, financière et de proximité.**

Lors de ces entretiens, des nouvelles références sont apparues tel que **le développement des compétences, la polyvalence, la reconnaissance professionnelle, la valeur du sens du travail et les RPS**. Il serait intéressant de pouvoir les développer au sein d'un nouveau cadre conceptuel.

Avant de conclure, il me semble pertinent de revenir sur ce que ce que m'a apporté ce travail de recherche sur ma pratique professionnelle. Comme j'ai pu déjà l'affirmer, tout mon questionnement repose de prime à bord sur mes expériences professionnelles passées et sur ma vision subjective des différents corps de métier.

Ainsi, les références théoriques m'ont permis d'assimiler de nouveaux savoirs et la recherche du terrain m'a permis de mettre en lumière la complexité et la singularité du rôle et de la place du CDS.

A la fin de la Formation à l'IFCS, je compte revenir au sein « *des Jardins de la Voultzje* » l'EHPAD du secteur public. Encouragée par la réflexion menée tout au long de ces derniers mois, je compte conduire les équipes vers les différents changements : structurel et organisationnel. Je souhaite développer les analyses des pratiques professionnelles pour induire chez les équipes la pratique réflexive.

¹⁴⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/centrale>

Conclusion

Ce travail de fin d'études m'a permis d'explorer et de conduire une méthodologie de recherche de façon concrète. J'ai alors pu m'approprier certains savoirs au travers des multiples lectures. J'ai pris plaisir dans l'élaboration et la conduite de projet de recherche, bien qu'ayant connu des moments de doutes.

Cette démarche m'a permis de confirmer l'évolution de l'hôpital depuis quelques années. L'hôpital a su développer une vision managériale en tenant compte des forces et des risques qui l'entourent.

L'hôpital a su sans cesse revoir son positionnement au sein d'une société en perpétuel mouvement. Son évolution a permis de développer la qualité et la sécurité des soins en repositionnant chaque acteur : usagers, professionnels de santé, institution et l'État.

Dans cette dynamique de changement, on retrouve le manager du monde de la santé : le cadre de santé. Le CDS doit recourir à d'un panel de compétences en gestion des ressources humaines et en organisation d'un service. Il est le manager du monde de la santé, capable de repérer les potentiels, de mobiliser, de dynamiser autour des projets, d'évaluer : **c'est un chef d'orchestre.**

Ce travail m'a permis de confirmer mon hypothèse et de répondre à ma question de recherche en affirmant que le cadre de santé joue un rôle de traducteur au sein de l'institution.

Lors de la confrontation sur le terrain, la vision des personnes interrogées sur le CDS fut une confirmation de mon hypothèse de recherche.

De plus, ces recherches m'ont permis de comprendre la nécessité de développer :

- Une culture réflexive au travers d'un travail sur la complémentarité générationnelle.
- La valeur du sens du travail au travers de la reconnaissance et des analyses réflexives.

En quoi le CDS peut-il s'appuyer sur la complémentarité générationnelle et sur la culture de la réflexivité pour impulser la valeur du sens au travail ?

Bibliographie

Ouvrages :

A

AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *Méthode de conduite du changement* », 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, 288 pages.

AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, « *La boîte à outils de la conduite du changement* », 1^{ère} édition. Paris : Éditions DUNOD, 2013, 188 pages.

B

BERNOUX Philippe, « *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* », Ed du Seuil février 2010, 466 pages.

BION W.R. in CAUVIN P., *La cohésion des équipes*, Op. Cit., 466 pages.

BOURRET Paule, « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de ligne invisible* » édition : seli arslan, 5^{ème} tirage, 2006, 244 pages.

Collectif sous la direction de BOURGEON Dominique, « *Du soin à l'encadrement : Trajectoires de vie et motivations professionnelles* », éditions Lamarre, 314 pages.

BREARD Richard et PASTOR Pierre, *Gestion des conflits la communication à l'épreuve*, 3^{ème} édition, Éditions LIAISONS, 247 pages.

C

CASAGRANDE Alice, « *Éthique et management du soin et de l'accompagnement* », Édition DUNOD, 2016, 224 pages.

CHEVANDIER Christian, « *Les métiers de l'hôpital.* » La Découverte, « Repères », 1997, 128 pages. [Consulté sur CAIRN le 7/01/2018], URL : <https://www.cairn.info/les-metiers-de-l-hopital--9782707127112.htm>.

COLLERETTE Pierre, G DELISLE et R. PERRON, « *Le changement organisationnel : théorie et pratique* », Québec, Presses de l'université du Québec, 1997, 192 pages.

COLLERETTE Pierre, Martin LAUZIER, Robert SCHNEIDER, « *Le pilotage du changement* », Ed : Presses de l'Université du Québec, 2^{ème} édition, 318 pages.

D

DESLANDES Ghislain, « *le management éthique* », DUNOD, paris, 2012, 160 pages.

DEVILLARD Olivier, *dynamiques d'équipes*, 3^{ème} édition, éditions d'organisation, 2005, 328 pages.

G

GAUDILLIERE Jean-Paul, « *La médecine et les science XIXe – XXe siècles* », La Découverte, Collection Repères, 2008, 128 pages.

GORDON Thomas, « *cadres et dirigeants efficaces* », Éditions Belfond, paris 1990, 300 pages

H

HART Josette et LUCAS Sylvie, « *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* », 1^{ère} édition, DUNOD, collection Fonction cadre de santé, gestion des ressources humaines, 2013, 180 pages.

HESBEEN Walter, « *cadre de proximité, un métier au cœur du soin* », Édition ELSEVIER MASSON, 2011, 176 pages.

K

KOURILSKY Françoise, « *Du désir au plaisir de changer* », 5^{ème} édition, DUNOD, 2014, 240 pages.

KUBLER-ROSS Elisabeth, psychiatre auteur de : « *On Death and Dying* », 1969

L

LE BOTERF G « *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange* », Les Éditions d'Organisation., 1994, 129 pages..

M

MAGNON René, « *les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle* », Masson, 04/07/2003, 198 pages.

MAILLARD Christian, 1986, « *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'État* », Paris, Dunod, page 200.

MARSAN Christine, « *Réussir le changement* », Ed De Boeck Supérieur, 2008, 290 pages

MINTZBERG Henry, « *Structure et dynamique des organisations* », Paris, Édition d'organisations, 1994, 434 pages.

MINTZBERG Henry, « *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* », Éditions d'Organisation, dixième tirage 2014, 283 pages.

MUCCHIELLI R., « *Le travail en équipe* », 17^{ème} éditions, 2016, les Éditions ESF, 208 pages.

P

PALIER Bruno, « *la réformes des systèmes de santé* », Que sais-je, économie, 8^{ème} édition 2017, n°3710, 127 pages.

POISSON Michel, « *Origines républicaines d'un modèle infirmier* », Vincennes, Éditions Hospitalières, 1998, 150 pages.

Karl POLANYI, « *La Grande Transformation* », Édition Gallimard, de 2009, 476 pages.

R

REVILLOT Jean-Marie, *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*, Éditions Lamarre, 2^{ème} édition, 200 pages.

S

SASSIER Philippe, BEC Colette, IMBALT-HUART Marie-José, RIQUIER Sylvain, ROCHAIX Maurice, CORDIER Alain, NARDIN Anne, VILLAIN Pierre, PEBEREL Georges et RUIZ Patricia, intitulé « *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres* », DOIN, Collection « Histoire des hôpitaux », novembre 1996, 236 pages.

Cours :

C

CHAPALAIN Hélène, intervenante de l'École Supérieure Montsouris (ESM) fait en septembre 2017, « *Une histoire des cadres de santé : d'hier à demain* », page 4-20.

D

DUMOND Jean-Paul, « *La grande transformation* » enseignant de l'IAE, chercheur de l'IRG, maître de conférences à l'UPEC, dans son cours de septembre 2017, août 2017, page 102.

F

FAURNAULT Patrick, « *Introduction des pratiques managériales* » Cours Master-ECUE 5.5 Analyse et développement des pratiques d'encadrement.

FAURNAULT Patrick, « *Gestion de la dynamique du travail en équipe* » Cours Master-ECUE 5.5 Analyse et développement des pratiques d'encadrement.

L

LEGAL Morgane « *Le rôle et la représentation du cadre de santé au sein du système de santé* » Cours Master-ECUE 5.4 Gestions des organisations soignantes

Z

ZACHARIE Clémence, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « *droit de la santé-les institutions de la santé* » l'évolution de la législation sanitaire française séance 1, août 2017.

ZACHARIE Clémence, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « *droit de la santé-réglementation des professions de santé* » introduction, séance 3, août 2017, page 7

ZACHARIE Clémence, Professeur de Droit, Université Paris-Est Créteil, cour intitulé « *droit de la santé-réglementation des professions de santé* », introduction, séance 2, août 2017, page 9

Rapports :

C

COULON Robert, *Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers*. Actes de la 2^o journée transdisciplinaire de recherche en management Hospitalier, Strasbourg, 2010.

D

DE SINGLY Chantal, « *Rapport de la mission cadres hospitaliers* » - Septembre 2009 124 pages.

Document de travail, travaux du groupe de production CS, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012, *Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences*, page 4.

V

Dr VERAN Olivier, rapport intitulé « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur* », page 2, [Consulté le 20/02/2018], URL : <http://solidaritessante.gouv.fr/>

Y

YAHIEL M. et MOUNIER C., rapport de IGAS, RM 2010-155P « *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, page 10

Sites internet et articles :

- ❖ Site Larousse, onglet encyclopédie, [Consulté le 02/01/2018], URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/hopital/58690>.
- ❖ Site Larousse, onglet encyclopédie, [Consulté le 18/02/2018], URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catalyseur/13725>
- ❖ hopital.fr, « *Les valeurs de l'hôpital* » [consulté le 31/01/2018] URL : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-valeurs-de-l-hopital/Les-valeurs-traditionnelles-de-l-hopital>.
- ❖ Définition de la santé via l'OMS, présente dans le préambule à la Constitution de l'OMS, date de 1946, [Consulté le 28/01/2018] URL : <http://www.who.int/about/fr/>.
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *financement* », [Consulté le 22/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/definition/financement>.
- ❖ Article intitulé « *Le financement des établissements de santé* » sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, source : DGOS, [Mise à jour le 12/10/2017], [Consulté le 07/03/2018], lien : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
- ❖ Ministère des solidarités et de la santé, « *lettre de mission* » [Consulté le 03/03/2018], URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_mission_reforme_financement.pdf
- ❖ FAVEREAU Éric, « *Le système de santé : le gouvernement entend mettre fin au « rafistolages* » », [Mise en ligne le 13/02/2018], [Consulté le 26/02/2018], http://www.liberation.fr/france/2018/02/13/systeme-de-sante-le-gouvernement-entend-mettre-fin-aux-rafistolages_1629550
- ❖ FERGUENE Améziane, Économiste du développement, Faculté d'Économie de Grenoble, « *le New public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST* », Juin 2016, [Consulté le 02/03/2018], URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01324556/document>
- ❖ Définition de la santé via l'OMS, présente dans le préambule à la Constitution de l'OMS, date de 1946, [Consulté le 28/01/2018] URL : <http://www.who.int/about/fr/>.
- ❖ Ministère des solidarités et de la santé, « *lettre de mission* » [Consulté le 03/03/2018], URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_mission_reforme_financement.pdf
- ❖ BONASTRE Julia, JOURNEAU Florence (Institut Gustave Roussy) et al., « *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A* », [Consulté le 26/02/2018], article lien : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>.
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *changement* », [Consulté le 10/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/changement>.
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *résistance* », [Consulté le 10/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/resistance>
- ❖ Miginmrs, « *Conscience et Résistance* » [Consulté le 09/03/2018], URL <https://fr.slideshare.net/miginmrs/conscience-rsistance>
- ❖ Définition du mot « *Conflit* », [Consulté le 2/03/2018], URL : <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php>.
- ❖ Agence nationale d'Appui à la performance (ANAP) et le ministère de la Santé et des sports, « *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre* » : », [Consulté le 19/12/2017] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *cure* », [Consulté le 22/03/2018] URL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/cure//1>.
- ❖ Comité d'entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), « *L'intégration des formations en Santé à l'université : les 11 propositions du CEFIEC* », [Consulté le 22/02/2018] URL <http://www.cefiec.fr/Document/Article/PropositionsCandidats.pdf>.
- ❖ NAYRAC Clémence, « *La pratique avancée en soins infirmiers attend toujours son décret d'application* » [Mise à jour le 15/06/2017] [Consulté le 2/02/2018], URL : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/la-pratique-avancee-en-soins-infirmiers-attend-toujours-son-decret-d-application.html>
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *équipe* », [Consulté le 15/02/2018] URL : <http://cnrtl.fr/definition/equipe>
- ❖ Vie publique au cœur du débat public, « *Qui sont les professionnels de santé ?* » [Mise à jour le 27/04/2017] [Consulté le 18/02/2018] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html>
- ❖ Définition, « *Adaptabilité* », [consulté le 31/01/2018] URL : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/adaptabilite/>

- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *cadre* », [Consulté le 1/03/2018] <http://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre>
- ❖ Circulaire n° 00030 du 20 février 1990 : « *missions et fonctions principales des surveillants* », [Consulté le 1/03/2018] https://docs.google.com/file/d/0B_9Iwjy00K1jZDIxNzg0NmUtMjcyZC00ZjZhLWI0MzctMmY3Yjg4ZTZmZTAy/edit?hl=fr
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *manager* », [Consulté le 4/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/etymologie/manager>
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *management* », [Consulté le 4/03/2018] URL <http://www.cnrtl.fr/definition/management>
- ❖ Circulaire n° 00030 du 20 février 1990 : « *missions et fonctions principales des surveillants* », [Consulté le 4/12/2017], URL : https://docs.google.com/file/d/0B_9Iwjy00K1jZDIxNzg0NmUtMjcyZC00ZjZhLWI0MzctMmY3Yjg4ZTZmZTAy/edit?hl=fr
- ❖ LégiFrance.fr, « *loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière* », [Dernière mise à jour le 17/05/2018], [Consulté le 08/05/2018], <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *pouvoir* », [Consulté le 5/05/2018] URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/pouvoir>
- ❖ POLTON Dominique, « *Décentralisation des systèmes de santé* », bulletin d'information en économie de la santé, n°72, octobre 2013, URL : »<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes72.pdf>
- ❖ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), définition du mot « *centrale* », [Consulté le 10/05/2018] URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/centrale>
- ❖ Ministère des solidarités et de la santé, « *L'universitarisation des formations en santé* » [Consulté le 03/03/2018], « L'universitarisation http://cache.media.enseignementsuprecherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf
- ❖ LE BOULER Stéphane, Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Février 2018, Consulté le 2 mai 2018, page 36, URL : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf.

Périodique :

Gestion des Ressources Humaines

DUMAS Marc et RUILLER Caroline, « *Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ?* » page 53.

Objectif Soins et Encadrement

GRASSIN Marc, « *dialoguer pour s'ajuster* » n°259, octobre/novembre 2017, page 5

Recherche en Soins Infirmiers

JEANGUIOT Nicole, « *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières* », Recherche en Soins Infirmiers, 2006/4 n°87 pages 75 à 135.

PÉTRUS-KRUPSKY Marie, « *l'enseignement du care en IFSI* », recherche en soins infirmiers, n°122 2015/3, pages 90 à 96

Jean Manuel MORVILLERS, « *Le care, le caring, le cure et le soignant* », n° 122, Septembre 2015, page 80

Soins Cadres

POPIELSKI Jean-François et al, « *Donner ou redonner du sens au travail* », Soins Cadres, 2003/08 n°87 pages 15 à 43.

PIERRE-POULET Nicole « *Le conflit une opportunité managériale* », Soins Cadres, Supplément 2003 S°9 à S19..

Table des annexes

[Annexe 1](#) : Carte mentale pour le choix de mon sujet

[Annexe 2](#) : Guide d'entretien

[Annexe 3](#) : Méthodologie d'analyse des entretiens

[Annexe 4](#) : Retranscription de l'Entretien n°1

[Annexe 5](#) : Retranscription de l'Entretien n°2

[Annexe 6](#) : Retranscription de l'Entretien n°3

[Annexe 7](#) : Retranscription de l'Entretien n°4

[Annexe 8](#) : Retranscription de l'Entretien n°5

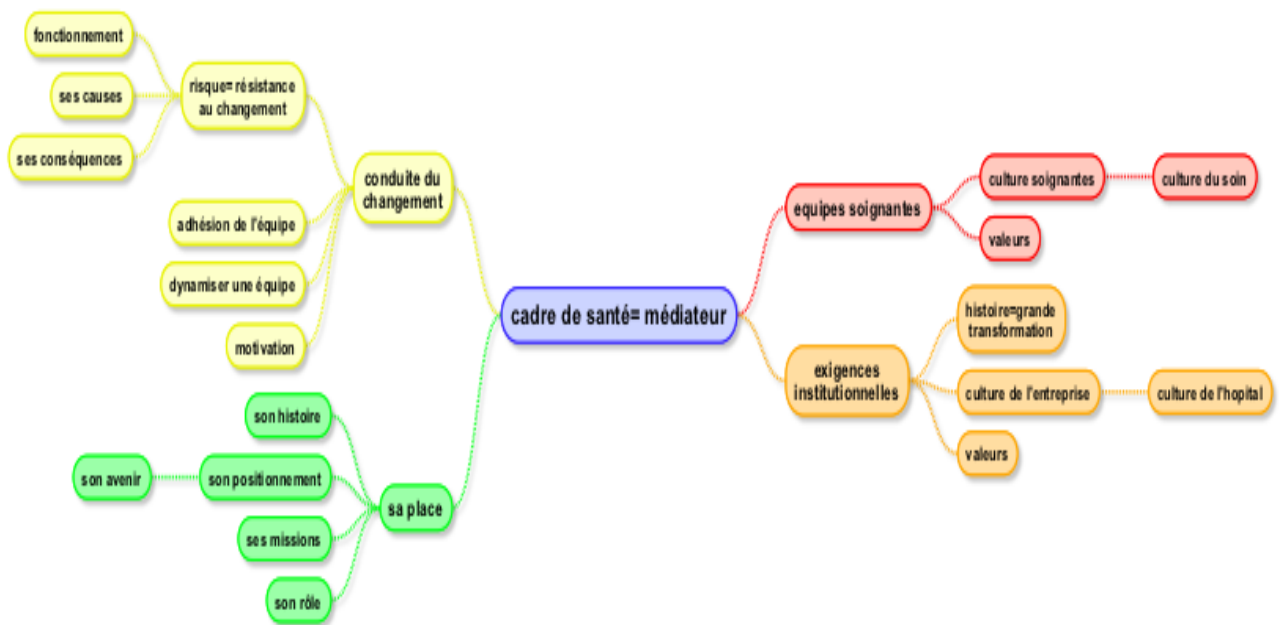
[Annexe 9](#) : Retranscription de l'Entretien n°6

[Annexe 10](#) : Retranscription de l'Entretien n°7

[Annexe 11](#) : Retranscription de l'Entretien n°8

[Annexe 12](#) : Retranscription de l'Entretien n°9

Annexe 1 : Carte mentale pour le choix de mon sujet



Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Cadre d'interview :

Rappel : l'entretien est enregistré et soumis à l'anonymat

Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses

Quelles compétences spécifiques au changement le cadre doit-il déployer pour répondre aux exigences institutionnelles tout en respectant les valeurs soignantes ?

L'évolution du système de santé et de la gestion de l'hôpital, montre la nécessité qu'une conduite de changement soit accompagnée par le CDS, position centrale entre la triptyque patient/soignant/institution.

Comment le CDS, à la vue de son appartenance au corps paramédical, joue-t-il un rôle de traducteur des réformes institutionnelles auprès des équipes soignantes ?

PRÉSENTATION DE LA PERSONNE INTERROGÉE :

Présentez-vous ?

Depuis quand exercez-vous ? en tant que quoi ?

Votre âge, sexe :

Votre parcours : vos lieux d'exercice

LE SYSTEME HOSPITALIER EN FRANCE :

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

Quelle est la nature des évolutions ?

Comment le vivez-vous au quotidien ?

Hypothèse 1 : Le CDS doit impérativement assimiler l'évolution culturelle de l'institution hospitalière pour mieux appréhender les limites et les futures contraintes.

L'HOPITAL EST ELLE UNE ENTREPRISE :

Pensez-vous que l'hôpital est une entreprise ?

Si oui pq ?

Depuis qu'en pensez-vous que cela est le cas ?

Si non pq ?

Hypothèse 2 : la maîtrise de la gestion pour permettre l'accompagnement de l'évolution est indispensable pour le CDS.

CHANGEMENT :

Comment définissez-vous le changement ?

Vivez-vous des changements au sein de l'hôpital ?

Quelles émotions ont induits les changements ?

Comment les avez-vous vécus ?

Vous êtes-vous senti contraints ?

Avez-vous connu des difficultés ?

Hypothèse 3 : Le CDS se doit de connaître la conduite de changement

VALEURS SOIGNANTS :

D'après vous comment se répartit les pouvoirs au sein de l'hôpital ?

Comment définiriez-vous l'organisation de l'hôpital ?

Hypothèse 4 : La connaissance des valeurs soignantes est indispensable afin d'accompagner le changement

CDS : A développer

Comment voyez-vous la place du CDS dans cette organisation ?

Hypothèse 5 : Le CDS a une place centrale dans l'organisation hospitalière.

Annexe 3 : Méthodologie de l'analyse des entretiens

Thématiques traiter pour les différents entretiens :

Système de santé en France

Hôpital-Entreprise

La conduite du changement

Les valeurs soignantes

La place du CDS

= réflexions personnelles

Annexe 4 : Entretien n°1

ENTRETIEN 1

Durée : 13'13

Présentez-vous :

Infirmière diplômée d'état depuis 1996, je suis actuellement dans un établissement public, au CH dans une Équipe Mobile Accompagnement Soins Palliatif (EMASP) depuis 1 an.

Quel âge vous avez ?

46ans...46 ans

Ok

Avez-vous toujours exercé dans le public ?

Oui, oui, principalement.

D'accord

Une petite période en libérale : trois ans ½ et quelques missions comme ça d'intérim donc il y a eu un peu de privé, principalement les trois quarts du temps dans le public.

D'accord

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

Système de santé en France...euh...j'ai vu, j'ai constaté des choses, après euh... les lois, les vrais changements je ne les connais pas, je pense, il y a eu certainement des remaniements.

Pour ma part, euh...je...je vois qu'il y a des...

On passe par plus d'intermédiaires je pense qu'on est obligé de passer par des intermédiaires même par rapport à nos demandes de formations, nos demandes quelles qu'elles soient dans notre métier je vois qu'il y a plus d'intermédiaires au niveau administratif, après au niveau...je pense au niveau du directeur on dirait que les médecins, ont moins de pouvoir. C'est vraiment administratif et médical, alors qu'avant on avait, on allait voir notre médecin chef de service on pouvait avoir une demande et une réponse rapide, alors que là il faut vraiment...passer par plusieurs voies et on sent que les médecins chef de pôle ont moins de pouvoirs, c'est...C'est le directeur d'établissement qui décide vraiment

D'accord, depuis combien de temps voyez-vous cette évolution ?

Depuis combien de temps... euh... (quelques secondes) Bah moi, j'ai repris depuis ouais euh...depuis 6 8 ans

Comment toutes ses évolutions vous les vivez au quotidien ?

Les changements se sont faits par paliers... je pense, après euh... il y a certainement des points positifs, parce que je pense qu'il y a du bien surtout au niveau du service qualité la traçabilité, la qualité.

Je pense que ça c'est bien, après bah du fait qu'on est obligé de passer par plusieurs intermédiaires, c'est... on sent un petit peu de de de... lenteur dans les décisions et euh... nous, on a eu une fusion d'établissement et là, ça été assez compliqué depuis 1 an. On a fusionné trois établissements

D'après vous le CDS doit-il impérativement comprendre l'évolution culturelle hospitalière pour appréhender ses limites et les futures contraintes ou pas du tout ?

Hypothèse 1

Humm

Se doit-il de maîtriser les évolutions ?

Bah ouais, je pense un peu quand même, on est obligé de suivre les évolutions de toute façon même par rapport euh... même à nos techniques de travail...on a beaucoup plus d'informatique dans notre pratique de travail.

On a plus d'informatique et moins de papiers donc je pense que oui...Il faut suivre les évolutions, après euh... on peut s'adapter il peut s'adapter très vite et être un bon cadre quand même.

L'hôpital est-il une entreprise pour vous ?

Ça a l'air, ça a l'air de devenir de plus en plus une entreprise euh... mais nous euh... les anciens, les petits anciens entre guillemets on était vraiment sur un mode familial, et en osmose entre agents... mais c'est vrai que c'est... c'est moins. On le sent moins ce petit sentiment. Cela dépend de la structure où l'on est. Moi j'ai toujours été dans de petites structures

Pour vous, pensez-vous que c'est une entreprise ?

Oui, oui c'est une entreprise.

Peut-elle être gérée comme telle ?

Gérer pareil ça je n'ai pas assez de connaissances pour une **gérance d'entreprise** donc je (ne) peux pas trop comparer... Peut-être au niveau **des directoires**.

Depuis quand estimez-vous que l'hôpital soit devenue une entreprise ?

Depuis quand ? Euh ?

Environ je ne demande pas une date bien particulière

Bah... je pense que ça fait moins de... j'ai peut-être un ressenti **de 4 - 5 ans** mais ça fait peut-être une **dizaine d'années**.

Êtes-vous dans un service soumis à la T2A ?

Non, nous ne sommes pas soumis à la T2A, les SP entre guillemets ne rapportent pas.

D'accord, pour vous le CDS doit-il maîtriser une gestion financière pour mieux permettre l'évolution du système de santé ?

Je pense quand même que ouais on doit maîtriser quoi on doit avoir des connaissances, parce que malheureusement on a... il y a un **budget qui est attribué**, on doit... on doit **s'en servir pour évoluer** pour... euh... il doit être **partagé entre différentes demandes, services**.

On est un peu obligé, on ne veut peut-être pas au fond de soi mais il le faut. On a un budget, on doit s'y tenir, je pense qu'avec les **différentes enveloppes : l'ARS** ainsi de suite

Qui dit évolution, dit changement : comment le définissez-vous ?

Définition du changement... humm... peut-être plus du côté des... de plus en plus après **la différenciation privé/public, patient/client...** euh... la **T2A, le privé/public** même dans le public maintenant on a du secteur privé avec des dépassements d'honoraires

Comment les vivez-vous ?

Euh non je ne n'ai pas trop de ressentis, après je les ressens dans ma vie personnelle (sourire gêné) pour des consultations privées.

Avez-vous connu des changements dans votre parcours ?

Euh... **la fusion** je sais pas si ça peut être un **changement organisationnel**.

Si.

La fusion de de... 3 établissements en 1... euh... pour ce... c'était en concurrence avec **le GHM** de R.

Quelles émotions a fait ressortir ce changement ?

Des émotions euh bah ressenti d'être encore plus un... quoi... **un pion, un élément**, un peu vraiment **laissé pour compte, encore moins entendu**

Qu'est-ce que cela a généré ?

Généré en moi ? ... bah peut être un peu de... oui un peu de stress... **du stress**... **la valorisation**, qui n'a pas du tout été... **déjà dans notre métier, on se sent pas trop valorisé et là**, cela a augmenté ça a donné encore plus une **dévalorisation**.

Vous pensez que cela vient uniquement de la fusion des 3 établissements ?

La situation ... euh... je pense que, que **c'est un peu national**. Et puis surtout, cela me touche car j'ai eu cette **fusion d'établissement**

Avez-vous constaté, du fait de cette fusion, des pratiques de résistance aux changements ?

Oui parce que je pense que dans notre **pratique**, on veut **toujours maintenir ce qu'on a connu**, ce qu'on a fait même s'il faut **changer**. Ouais, **on se rebute un peu** ... On, **on essaye toujours** parce que là ... pour demander une formation, on est toujours tenté d'aller voir directement les personnes en direct, alors qu'il faut passer par mail, par ... Il faut avoir l'accord du cadre, du **cadre de pôle**, il faut que le **budget** ... que ce soit budgété. On a une **somme allouée** par ouais des intermédiaires, **plus d'intermédiaires et moins**, moins de face à face, beaucoup d'échanges par mail. Moi, c'est le mail. Le mail, ça me choque pas mal, quoi. **On communique beaucoup par mail**, alors **qu'avant** c'était vraiment une communication **orale, verbale, présente de personne à personne**.

D'après vous, quel est l'acteur central à cette organisation ?

Bah euh... la cadre, ma cadre. Ma cadre est je pense ... est importante et peut jouer beaucoup de chose par rapport ... euh ... différents rôle... Elle est vraiment au milieu, elle se situe, elle a les IDE, les AS, même au niveau des médecins, même-moi si je veux faire une formation, je dois tenir compte d'elle, la cadre de pole sera occupé par autre chose, d'autres commissions.

La cadre de service référente est très bien pour ça.

Comment vous voyez l'évolution du cadre ?

Bah là je vois plus de ... de personne. Moi avant j'avais, ce qu'on appelait avant l'IDE, la surveillante, la surveillante générale, mais là il y a des intermédiaires entre les deux et quelquefois, je ne sais plus la fonction qu'elles ont. J'ai du mal à voir la fonction exacte, parce que dans une fonction il y a plusieurs personnes qui font ... euh ... qui sont attachées à une fonction et à un type de fiche de poste ou de travail mais on a du mal à faire la différenciation ... Ouais c'est très clair, ma cadre, je sais ce qu'elle fait

Le cadre de pôle, un peu moins, et la DSI au-dessus, je ne peux pas vous dire sa fonction, son détail ... ses rôles et missions ... j'ai un peu de mal à ... voilà... La définition de chacun, plus de mal ... plus ça monte, plus j'ai du mal, il y a plus d'intermédiaires.

D'accord, votre interlocuteur principal c'est... ?

Ma cadre.

Dans les changements comment voyez-vous les actions du cadre ?

Elle (ma cadre) m'accompagne, j'ai... la chance d'être...qu'elle soit accessible et on parle beaucoup. Je la vois régulièrement, parce que je travaille avec le service où elle est, c'est ma cadre de proximité.

J'ai vécu 8-9 ans de nuit, j'ai moins vu le rôle du cadre de santé.

Annexe 5 : Entretien n°2

ENTRETIEN 2

31'02

Pouvez-vous vous présenter (nom, âge, parcours) ?

X responsable administratif et financier du groupe Z, dépêché par le groupe pour intervenir sur la Clinique Y.

Missions très élargies au niveau de tout ce qui est comptabilité, lien avec les experts comptables, les commissaires aux comptes.

Supervision en fait de l'ensemble des process administratifs au niveau de l'accueil, admission, sortie, facturation, PMSI, archive et puis interaction avec les différents services, pour participer aux études de coût de rentabilité, de développement au sens large du terme.

Depuis combien de temps ici ?

Depuis le 5 février.

Et avant ?

Avant j'étais dans le milieu de l'édition ... je travaillais pendant 15 ans pour les éditions ABC.

Dans une filiale qui leur appartenait à tous les trois, de distribution des livres auprès des libraires français ... voilà en gros quasiment similaires, si ce n'est en interaction directe avec le président de la société, où là... j'avais un peu plus de ... de coudées franches pour intervenir. Concrètement, j'étais le numéro 2 de la boîte.

Lorsque le président partait et qu'il avait des dossiers qu'il pouvait déléguer, il me donnait les clés du bébé avec les attestations qui vont bien, débrouille-toi qu'il disait

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

C'est totalement nouveau à mon niveau, on est quand même dans une fonction où...je dirais on peut, voilà, naviguer dans différents secteurs d'activité euh...après, voilà, à nous de bien comprendre les rouages de chaque activité et le vocabulaire surtout dans le médical c'est ça qui est le plus compliqué à assimiler... mais bon globalement j'ai eu trois semaines de passation avec P qui était en poste avant, je suis parti deux semaines en immersion sur deux autres cliniques du groupe et au quotidien avec les échanges avec l'ensemble du staff de la clinique cela passe très bien.

Et donc les évolutions du système de santé ? Qu'en connaissez-vous ?

Alors...après c'est à la fois vaste, on m'a juste expliqué deux, trois petites choses qui sont en lien avec l'aspect économique euh... sinon sorti de là, j'avance au fur à mesure, je découvre au fur à mesure.

D'accord, l'hôpital est-elle une entreprise ?

Dans le privé, oui, pour moi ça reste une entreprise avec ses spécificités justement médicales dans le public pour moi c'est totalement différent.

Pourquoi ?

Parce que... il y a quand même la spécificité économique mais le public à mon sens lorsque j'ouvre la fenêtre aujourd'hui, est avant tout tourné plutôt sur le...le service, c'est à dire comme il y a l'État derrière ...et même si l'État essaye de resserrer un petit peu partout, il y a quand même à mon sens plus de souplesse pour avancer sur certains aspects...sur les praticiens tout ça, alors qu'en clinique privée on a voilà...on a une rigueur avant tout économique qui pilote la donne surtout quand on a un gros groupe au-dessus qui lui prône la rentabilité,

Donc le *melting pot* de tout ça...est un peu plus compliqué à mettre en place, car il y a parfois si on voudrait vraiment...d'un aspect médical aller donner un service au top niveau euh...des patients tant sur les RDV, sur le circuit des admissions, des préadmissions, sorties et toute la partie médicale au sens large du terme c'est vrai que pour le moment c'est compliqué de mettre ça avec une rigueur économique en face...quand on voit les coûts.

Et pourquoi c'est difficile ?

Alors...euh...c'est difficile parce que déjà si je ramène sur la clinique X, la clinique a traversé, la clinique a traversé des années très compliquées en termes de résultat...le Groupe Z est arrivé et au bout d'un an et demi les résultats sont repassés en positif de manière assez intéressante grâce...à...à un serrage drastique des coûts, malheureusement humainement parlant à un plan social, car il y a eu quand même neuf personnes en moins.

Euh...alors après sur les plans sociaux, malheureusement, j'ai eu...dans ma carrière l'opportunité ou le malheur d'en faire trois dont un où j'étais concerné.

Si on le fait c'est que malheureusement à un moment donné il y a toujours la raison économique qui l'emporte.

Derrière, ce que je veux dire si on le fait, et c'est ce que j'ai constaté ici il faut que l'ensemble de l'organisation, des procédures quotidiennes se remettent en adéquation avec la baisse des ressources humaines.

Donc un changement de procédures quotidiennes, changement d'organisation, et aujourd'hui ce que j'ai décelé ici, pour le moment on n'était pas arrivé à cet équilibre.

Il y a des choses qui ont été amorcées, qui ont vu le jour, d'autres qui sont en cours et d'autres qui ne sont pas encore amorcées car voilà il y a toujours une notion de timing. Ça fait à peine un an.

Mais voilà, il faut que cela avance, pour pouvoir je dirais...stabiliser et redevenir une...comment ça s'appelle...un peu de crédibilité et de...euh...rassurer les patients.

Voilà il faut pas que...oh...ce n'est pas un cataclysme, ils ne sont pas malmenés tout ça mais quand on arrive euh...pour subir un acte dans un milieu médical, dans une clinique, dans un hôpital il y a toujours la part de stress, la part d'angoisse il faut qu'on soit le plus possible rassuré, encadré, et pas trébuché à droite à gauche.

Aujourd'hui sur tous ces aspects purement économiques, organisationnels il faut trouver le bon équilibre dans le secteur privé pour pouvoir euh...prétendre à une bonne qualité de...de prise en charge du patient.

Pour vous, depuis quand date cette vision gestionnaire ?

Bah...je ne sais pas, comme j'ai pas spécialement de recul au niveau de l'activité médicale en elle-même,

Euh...allez...si je me reflète l'historique de la clinique, bah globalement avant l'arrivée du groupe de Z en 2016,

Pendant 4 années avant il y a eu le groupe avenir santé c'est justement à partir on va dire en étant large entre 6 et 8 ans c'est-à-dire qu'à partir du moment où tout le schéma économique et clinique indépendante a commencé à descendre pour ne pas dire arriver dans le trou, où là il a fallu vraiment réinjecter pour éviter les fermetures, les groupes sont arrivés et voilà on a senti la bascule et une gestion drastique pour faire des économies mais en même temps pour essayer de remonter l'articulation qui doit être faite sur la prise en charge patient par rapport à tout ça. C'est très compliqué.

Pouvez-vous me définir le changement ?

Le changement pour moi c'est pas changer pour changer. Le changement pour moi, il s'accompagne c'est une organisation c'est un projet, des équipes, c'est un échange permanent c'est-à-dire recenser un petit peu ce qui se fait actuellement pour voir comment est pris en charge le patient. Tous les aspects, on va dire économiques, parce qu'à la fin il y a un impact sur l'aspect économique.

Il faut voir comment on peut accompagner aujourd'hui quand je parle de changement, ça peut être des choses toutes bêtes.

On continue encore à trop manipuler du papier. Donc de fait, on copie dans tout l'essence donc il y a une intervention humaine. Or les personnes qui sont là aujourd'hui sont en quantité inférieure à ce qui était encore il y a quelques années alors que le processus n'a pas spécialement changé. Donc c'est forcément compliqué derrière de dégager une amélioration de la prise en charge patient.

Donc ce qu'il faut aujourd'hui, c'est fluidifier ce processus principalement. Je pense qu'il faut un recours plus drastique à l'outil informatique pour un suivi et c'est en cours mais en fonction des besoins des demandes des urgences, ça peut être fait plus ou moins rapidement et il y a pas mal de choses qui sont en cours.

Du coup en même temps, notre rôle à nous en tant que responsables, c'est d'accompagner les équipes à ce changement, être à l'écoute de ce qu'ils peuvent dire parce qu'aujourd'hui c'est eux qui font le job. Donc ils sont très bien placés pour dire « ça c'est casse-pieds, donc il faudra le changer, on perd trop de temps » ou au contraire « c'est ce qu'il ne faut pas toucher » et être avec eux sur le terrain pour faire le job, pour voir comment ça se passe le ressenti échanger avec eux et essayer de manière collégiale car pour moi c'est pas juste la prise de décision.

Le cadre est donc un élément central de l'organisation ?

Bah oui c'est un **personnage clé central**, qui est censé dans les faits prendre de la **hauteur du recul**, d'accompagner ses **équipes et de déceler au quotidien avec la collaboration des équipes les dysfonctionnements**.

Le manque et le manque de fluidité et derrière en partant de là pouvoir interagir avec les équipes pour **appréhender le changement** proposer des choses **faire des tests de mise en place** et ensuite faire en sorte que le circuit de l'information et de la prise en charge patient soit beaucoup plus fluide.

Avez-vous connu beaucoup des changements dans votre parcours ?

Oui, disons, je vais vous donner un exemple très concret. Au tout début où j'étais arrivé dans l'ancienne entreprise qui m'employait...euh...le service comptable est passé de 25 personnes à 6 personnes en l'espace de trois mois.

Pareil, à cette époque-là, je suis arrivé il y avait deux ordinateurs pour 25 personnes : beaucoup de papier, beaucoup de multiplication de tâches, donc voilà...

Un moment donné, il faut qu'on avance donc tout de suite en augmentant un petit peu le volume d'ordinateurs.

On a fait un **état des lieux** sur qui fait quoi, comment ça se passe, à quelle cadence parce que la société prenait en fait beaucoup de stagiaires, de CDD, d'intérim et il n'y avait que 2 CDI donc voilà.

Il y avait un souci donc tout ça on l'a très vite englobé, on a donc réduit la donne et ça a fluidifié et stabilisé le service. Quelques années après, deuxième plan social, auquel j'ai malheureusement participé avec la fermeture de deux établissements secondaires en province, qui eux-mêmes traitaient des flux d'expédition de marchandises.

Il a fallu rapatrier des flux de marchandises sur un seul établissement, qui lui n'était pas organisé pour faire de la préparation de commande et n'avait pas de chaîne d'expédition.

Il y avait juste un.... Comment ça s'appelle.... Un outil comme une grande liberté une grande librairie qui était un libre-service pour les libraires. En partant de là, **avec la contrainte** de ne surtout pas toucher à cette fameuse salle d'exposition qui représentait 100 % du stock, il a fallu imaginer un schéma de tirage de commande, de création de chaîne de mise en carton, d'expédition...euh...avec les outils informatiques qui vont avec, **la formation** du personnel et avec **la gestion quotidienne** du personnel. Ça s'est fait en sur une période de 8 mois

= prendre en compte les contraintes

Quelles ont été les émotions des salariés de changement ?

Alors au départ, au niveau des équipes, elles ont commencé, elles étaient assez dans l'empathie, dans la frustration de voir leurs collègues déjà partir.

Ça été le premier coup, après il a fallu faire passer le message que c'était une décision de l'actionnaire que malgré tout ce qu'on avait pu faire et après, ils ont commencé à prendre peur en disant « oulala » parce qu'on a des flux supportés par deux autres établissements et qui sont arrivés tout de suite en un seul. Au secours !!!

Oui, mais attention, on va vous **accompagner** et on **va réfléchir ensemble**.

En fait ces personnes-là, sur le premier plan social, avaient vu un départ de 20 personnes qui au préalable avaient déjà eu une activité de **préparation de commande, de chaîne**.

Donc il y avait **une compétence, un savoir, donc** du coup on s'est basé avec ces personnes-là. On leur a dit voilà : « on a tant de volume de flux qui va arriver. Comment ensemble on peut bâtir tout cet aspect-là ? »

On a pris **des référents**, bien évidemment, parce qu'on n'avait pas à chaque fois stoppé les équipes dans le fonctionnement donc on a pris un référent de différents maillons, qui devait en parallèle sur le terrain avec les équipes tester **les processus**, voir ce que ça pouvait donner:

On a **validé de manière collégiale** ou pas, et on **définissait en parallèle les outils** nécessaires pour pouvoir mener à bien ce projet.

Il y a-t-il eu des résistances au changement ?

Non, il y a **toujours des personnes** qui quelque part veulent...après c'est une question de personnalité il y a des personnes qui disait « *moi je ne suis pas convaincu de ce système là pour moi celui-là que je vous présente les meilleurs* »

On a testé on n'est pas resté sur nos idées. Il faut dire « *vous le proposez on va regarder on va tester* » parce que quelque part si on veut de **la crédibilité**, si on veut que les **équipes suivent** et **féderent un groupe** pour avancer on ne peut pas dire ce que vous proposez c'est pas possible

Il faut **le tester**, le mettre en **œuvre**; ce qui a permis pour certains aspects de se dire qu'il y a peut-être une brique de ça qui est pas mal et qu'on **va l'intégrer** ou non, ce n'était pas ce qu'il va faire mais au moins on a pu le justifier pour le démontrer pour l'avoir testé et au fur et à mesure tous avancer...

On va dire que ça s'est pas fait sans couacs, mais les équipes ont suivi avec des personnes plus ou moins capables **d'absorber le stress et la pression** du démarrage parce que; ben voilà; chaque personne est différente et le coup de dire demain on ouvre les vannes au lieu d'avoir 10 préparations de commande par jour; bah **on en aura pas loin de 700 à 800** ce qui est quand même énorme. Bah voilà, mais c'était **encadré même les responsables jusqu'au président** de la société, on était tous en bas. On était au début

= direction + cadre = équipe

Avez-vous vu apparaître des freins au changement ?

Alors ici, je pense que dans toutes les situations, il y en aura un moment donné.

Après ce qui peut être compliqué, c'est qu'il y a quand même du personnel qui a une ancienneté assez importante et qui a connu un tas de choses, qui a vécu.

Par expérience, lorsqu'on a du personnel qui de manière récurrente pendant des années et des années a fait toujours la même chose, souvent le changement est compliqué avec des personnes où ça passe plus ou moins bien.

Mais *in fine*, c'est plus compliqué donc il faut être proche des équipes, les écouter, les faire participer.

Je trouve que c'est quand même mieux pour amener le souffle du changement.

Après, on joue sur les mots, c'est pas un terme adéquat c'est un terme d'accompagnement, d'évolution. C'est bien beau d'être sur place et de leur dire « *qu'on va changer vos méthodes de travail* ». Tout de suite on peut prendre peur...non.... On va vous accompagner, voir comment vous travaillez, pour que demain les problèmes que vous rencontrez au quotidien, on essaye de les faire disparaître au maximum.

Après la partie médicale, je n'ai pas vraiment pris le temps encore parce que j'ai différentes missions économiques tout de suite

Il faut faire un état des lieux, et pour ça, la manière, c'est d'aller au contact des différents cadres pour voir l'articulation et notamment au niveau médical.

Moi ce que j'aimerais ce serait pouvoir échanger avec les médecins pour savoir comment ils fonctionnent, quelles sont leurs attentes, nous on ne va pas arriver en leur disant « il faut faire ça ça ça » car eux aussi ils ont des attentes, il faut trouver un consensus pour que ça fonctionne.

Après voilà moi, j'entends tout ce qu'on dit mais je me fais ma propre opinion par moi-même.

On me dit que parfois avec les médecins ça peut être compliqué. Je veux bien le croire, je l'ai vu déjà vu avec quelques médecins ici.

Mais voilà, il faut aussi parce que peut-être qu'eux aussi, ils ont des habitudes de travail et certains arrivent à la fin de la carrière donc c'est aussi compliqué de faire évoluer un peu leurs méthodes de travail et la transmission des informations car on agit pas du tout sur la pratique médicale, c'est leur métier, et loin de nous cette idée d'y aller parce qu'on n'a pas la formation pour. Mais il faut trouver une bonne collaboration pour faire en sorte que tout soit fluide.

Moi je considère que l'ensemble d'une société, de la clinique, c'est une grande équipe.

Et dans cette équipe, il y a des relais qui sont les cadres, et déjà il faut qui ait une bonne cohésion dans les équipes de cadre de manière à bien communiquer ensemble, de se faire passer le message pour les changer parce que ce n'est pas dans un service qu'on va revoir tel ou tel mode de fonctionnement. C'est bien beau, mais il faut déjà avant de changer, de faire évoluer les choses, se rendre comment l'information entre et en ressort car ça a forcément des impacts avant et après sur les autres services. Voilà, il faut faire le tour.

Pour vous, le cadre est central ?

Bien sûr c'est lui qui permet de redéfinir l'information et de la retransmettre quelque part oui avec toujours la collaboration de ses équipes. Mais pour moi, quelle est sa fonction sinon ?...

Le cadre de santé doit-il faire partie du monde paramédical ?

Pour moi oui, si on se réfère sur la partie purement médicale. C'est pour ça que je dirais, il faut quand même une certaine compétence dans son secteur d'activité.

Je prends l'exemple de la directrice de soins ou du cadre de santé, pour moi, oui, il faut impérativement qu'il vienne de la santé pour ce genre de job en comparaison avec le mien.

Je considère qu'il n'y a pas d'obligation à partir du moment où on est ouvert à l'apprentissage est à la compréhension du secteur d'activité parce qu'on peut se reposer sur des personnes qui viennent du monde de la santé comme vous et c'est comme ça qu'on crée du lien dans une équipe et qu'un moment donné tout soit fluide.

Pour que ça fonctionne, tout faire reposer sur une tête. Pour moi, c'est Tchernobyl, c'est incompréhensible. C'est compliqué. C'est qu'il faut créer du lien entre les différents cadres.

Pour moi, un bon directeur d'entreprise, c'est une personne qui a un petit peu de connaissances dans tous les domaines mais qui n'est pas expert dans tous les domaines. Ce n'est pas possible et pour ça, il faut qu'il s'entoure d'une équipe de cadres experts dans leur domaine, dans lesquels ils sachent collaborer ensemble sur différents dossiers.

Car chacun a son interaction. C'est comme ça que je vois le fonctionnement. Donc oui, à partir du moment où pour moi le cadre de santé doit à mon sens venir de la santé et en parallèle avoir une formation sur la partie gestion un minimum.

Est-ce que le CDS doit avoir des notions de gestions ?

A minima, le cadre doit avoir des notions de gestion a minima.

Après qu'il ne soit pas expert, ça me semble logique aussi. Il est avant tout là pour la partie médicale et santé mais que quand il puisse être confrontée à son organisation propre et d'interagir avec d'autres cadres.

Pour qu'elle puisse en parallèle quant à ses besoins se reposer sur les autres cadres qui sont plus experts dans le domaine il y a un transfert d'information il y a un échange pertinent.

Faites-vous la différence entre une surveillante et une cadre de santé ?

Je n'ai pas vu ces deux métiers là encore, mais en même temps de ma fenêtre... Je pense que ces deux métiers sont différents à mon sens.

Je me trompe peut-être, pour moi "cadre de santé", c'est quelqu'un qui est un peu plus en hauteur, qui prend plus de recul tout en participant sur le terrain à différentes tâches, alors que la surveillante pour moi, c'est quelqu'un qui doit se trouver sous le cadre de santé, et qui est encore plus sur le terrain que le cadre de santé.

Le CDS, je le verrai plus dans l'organisationnel, la stratégie, l'évolution de l'ensemble des services médicaux et la surveillante pour moi, on va dire concrètement, si je peux parler en chiffres, il y a n°1 et n°2 : CDS= n°1 et surveillante= n°2.

La surveillante s'occupe plus de la partie fonctionnelle, du terrain au quotidien que le CDS.

Même si le CDS interagit bien évidemment avec plus de hauteur. C'est la vision que j'en ai aujourd'hui, peut-être à tort, je ne sais pas.

Annexe 6 : Entretien n°3

ENTRETIEN 3

29'07

Présentation : Votre âge et le parcours professionnel

44 ans j'ai commencé en tant qu'infirmière à Strasbourg j'ai travaillé en tant qu'IDE en réanimation chirurgicale à Strasbourg ensuite euh... je rejoins la région Parisienne en tant qu'IDE en réanimation, cette fois-ci et puis médico-chirurgical et FFCSS puis école des cadres et CDS en service de réanimation anesthésie

Et également durant ce laps de temps FFCSS puis CSS et puis depuis 1 an et 1/2 directrice d'un centre municipal de santé

Que savez-vous du système de santé en France et de ses évolutions ?

On est passé de l'hôpital de bonnes sœurs (rires) à une gestion, on va dire à l'activité.

Le champ est beaucoup plus vaste. Je vais essayer d'être synthétique parce que je ne vais pas passer par toutes les phases du monde hospitalier, mais effectivement l'hôpital au départ plutôt charité puisque voilà... à l'époque les médecins allaient directement au domicile donc charité.

Puis bah... problème d'hygiène, donc évolution en termes d'hygiène et de technique, plus la technique avançait plus les hôpitaux ont été professionnalisés, le statut de charité et de bonne sœur étant clos. En tout cas je parle pour le métier infirmier, car je suis infirmière de métier.

On est sur une enveloppe globale à un moment donné et, d'une enveloppe globale maintenant on passe à l'activité à T2A de ça. Puis maintenant avec les groupements hospitaliers, l'enveloppe budgétaire allouée est vraiment allouée au sein de l'hôpital sur une enveloppe commune. Voilà de façon synthétique.

Pensez-vous que l'hôpital est une entreprise ?

On demande à l'hôpital d'être géré comme une entreprise en prenant en charge des patients. Il y a une contradiction puisque l'historique des hôpitaux fait qu'on s'occupait du patient, de l'être humain et là on y applique des processus industriels. La contradiction vient de là, si l'on voulait totalement être honnête.

Il y a des endroits effectivement où elle peut être une entreprise puisque ce sont quand même... voilà nous avons des directeurs financiers, des DRH, des directeurs de soins, des directeurs de qualité etc... pour ne pas les nommer et d'un autre côté, on nous demande de l'efficacité, de l'efficacités et applique un ratio dit "rentabilité" donc c'est du langage purement industriel appliqué un monde hospitalier.

Et je pense que les mentalités ne sont pas prêtes à entendre ce discours, de dire que c'est un monde industriel, on y arrive la seule chose que les processus, vous avez déjà des processus industriels si on comparait, le processus de checklist voire si on a tout fait en industrie, vous l'avez au bloc opératoire. Si on compare, il y a des similitudes.

Néanmoins la grosse divergence et la grosse différence, qui restera toujours, c'est que dans une industrie, vous cassez une pièce, à l'hôpital c'est un être humain et il n'y a pas la possibilité de remplacer, l'issue est fatale. Donc je pense qu'on peut prendre des processus, quelques petits processus et les appliquer mais qu'il faut garder notre entité de soignants, on est là pour soigner des personnes. =cure =risque

Depuis quand, sentez-vous cette notion d'entreprise dans l'hôpital ?

Elle existe depuis longtemps mais on ne se l'est jamais avoué.

Si on parle des mutuelles, l'hôpital normalement doit soigner tout le monde, tout venant, toute personne. → égalité

À partir du moment, pour éviter la fuite des médecins, nous avons instauré les consultations privées à l'hôpital, nous avons déjà créé une médecine à deux vitesses donc déjà là, comment dire, on soigne tout le monde c'est bien mais celui qui vient voir son médecin privé voilà, il utilise quand même le matériel public. Mais ça, ça été fait pour garder les médecins. C'est Debré qui l'a fait à l'époque, de mémoire si je ne me trompe pas.

Néanmoins je pense que c'est accru depuis qu'on est passé à la T2A, les gens le ressentent beaucoup plus à partir du moment où on a parlé de patientèle.

Avant c'était patient donc c'était bien. Maintenant il y en a qui parlent de « clients, patientèle » à partir de là il y a une notion d'argent mais c'est mon avis je me trompe peut-être.

Et au quotidien comment vivez-vous ce changement ?

En management ?

En management

Comment je le vis

Je fais avec..

Les pratiques managériales du changement ont-elles évolué ?

Vous êtes obligés d'évoluer si vous stagnez, vous ne pouvez être innovants et créatifs.

Je veux dire on a des bases, des compétences de managers, on sait ce qu'on doit faire, on sait que ça doit rouler.

Mais à un moment donné, si on ne voit pas plus loin que le bout de son nez, on va être submergé par ce qu'on va nous demander, il faut savoir anticiper.

A l'hôpital, je le dis souvent, oui, nous sommes des managers mais des managers du monde de santé.

Un manager par exemple qui a fait ce master ici etc... je ne suis pas sûre qu'il trouve un poste de manager hors milieu de la santé.

A l'inverse quelqu'un qui vient de l'industriel, c'est bizarre, il arrive à trouver une place en tant que manager avec des hautes fonctions au sein même de grandes institutions : pour ne pas la nommer l'AP-HP.

Une des directrices par exemple de l'AP-HP, pour ne pas la nommer, était Mme Danone. Par contre moi en tant que CSS, je ne suis pas sûre que Danone me recrutera.

Si je reprends, le manager peut rentrer dans l'hôpital mais le CDS ne peut pas parce qu'il est soignant avant tout ?

C'est sa faille... C'est sa faille et sa force.

Sa force, c'est effectivement, mettre un cadre. Par exemple, je sais pas moi qui est administratif pur, il n'aura aucune légitimité auprès d'une équipe s'il n'est pas du monde soignant.

On va vite le coincer. A un moment donné, sa crédibilité est mise en question.

C'est sa force du coup, d'être issu du milieu hospitalier de dire « moi je connais », ou... pas forcément hospitalier mais en tout cas du milieu de la santé. Il peut être kinésithérapeute, ce que vous voulez, mais en tout cas c'est sa force, vous arrivez à avoir cette légitimité

Après c'est sa faille aussi parce qu'on va dire que justement comme c'est tellement spécifique, tellement précis, il n'a pas ce recul nécessaire pour pouvoir faire autre chose donc c'est sa force et sa faille.

Le CDS d'après vous est-ce qu'il doit connaître toute l'évolution du système de santé ?

Disons que c'est un atout s'il connaît l'évolution. Un cadre débutant, si vous n'avez pas tous les tenants et aboutissants - et vous ne les aurez jamais à 100 % - mais si vous n'avez pas une vision large, de savoir comment ça s'est passé, comment les décisions ont été prises à un moment donné, forcément vous ne comprendrez pas, et à un moment vous serez en désaccord avec ce qui est fait.

Je ne veux pas dire qu'il faut dire « oui » à tout, ça veut juste dire... après je vous avouerais que cette question ... répétez-la juste pour voir...

Le CDS doit-il comprendre l'évolution du système de santé pour mieux comprendre son évolution ?

Si, le CDS le comprend bien, il pourra lui-même impliquer ou expliquer à son équipe pourquoi telles ou telles décisions sont prises, même s'il est en désaccord, mais au moins il pourra l'expliquer.

En termes de management et de... pas de transparence parce que quand on parle de transparence, on peut tout dire mais on ne doit pas trop en dire la différence elle est là.

Par exemple, quand vous expliquez qu'on est passé à la T2A et que maintenant on calcule en ETP, si vous n'arrivez pas vous-même à comprendre que maintenant c'est comme ça qu'on fait les calculs.

Vos équipes, quand elles viennent vous voir, elles vous disent : « il manque une personne » (*insiste avec ses mains en tapant sur la table*) alors qu'il ne manque pas forcément une personne mais 0,5 ETP. Ça, c'est deux discours du coup, qui sont en confrontation et vous devez gérer ça.

Si vous-même, en tant que manager, vous n'avez pas compris que la T2A, par exemple, l'activité va vous permettre de ramener de l'argent dans les caisses ou dans le centre où je travaille actuellement, eh bien, comment voulez-vous le réexpliquer à vos agents ? Si vous expliquez qu'en fin de compte, quand vous rendez un poste, c'est pas un poste en tant qu'entité physique, mais vous rendez que 0,6 parce qu'elle était en mi-temps etc... il faut pouvoir l'expliquer à ses équipes, donc si le cadre ne comprend pas, c'est un petit peu compliqué je pense.

Après, vous pouvez être des cadres à l'ancienne, où vous apprenez sur le terrain ça existe toujours, mais ce sont des choix après de direction.

Mais à mon sens, mon for intérieur me dit que si je ne comprends pas, si j'ai pas compris au départ que l'hôpital c'était d'abord la charité, l'hôpital des pauvres des miséreux comme on dit et qu'il y a eu évolution puis professionnalisation puis etc... un moment donné comment... On a tous une histoire, elle guide que nous faisons ce que nous sommes et ce que nous allons devenir. Les actions qui se sont décidées il y a dix ans ont un impact actuellement et les décisions qu'on va prendre ont un l'impact à court, moyen et long terme dans les 5-6 ans à venir.

Si on n'arrive pas à comprendre c'est un peu...mais ça c'est ma vision des choses.

Pensez-vous que le cadre de santé aujourd'hui doit être gestionnaire ?

Il est déjà gestionnaire...il est déjà gestionnaire. On n'aime pas l'utiliser mais c'est déjà un gestionnaire...c'est un gestionnaire...il s'agit d'une vraie compétence dans le domaine du milieu de la santé. Bien sûr, il doit être gestionnaire, il doit être un gestionnaire...c'est un gestionnaire professionnel de santé. Ça n'existe pas mais c'est comme ça, c'est un gestionnaire qui a une vraie expertise en termes de santé.

Vous mettez un autre gestionnaire, si c'est de la gestion juste pour faire du chiffre et du chiffre, aucun intérêt. Ça, n'importe qui - vous prenez un administratif, il saura faire (soupir). Après, on est encore une fois dans le milieu de la santé. Il a une vraie mission de gestion avec son expertise santé, je ne lâcherai pas le domaine de la santé. Donc voilà.

Dans ce cas-là quelle est la plus-value du cadre de santé par rapport à un manager ?

C'est qu'il connaît... En dehors, de connaître les habitudes, le rouage, la manière dont un groupe fonctionne, vous ne pouvez pas gérer des hommes qui s'occupent d'autres hommes comme vous gérez un...soudeur qui soude une machine, le soudeur, il s'est trompé, bon l'impact, ça va coûter cher.

Je ne sais pas moi, je donne un exemple tout bête : 1000 € parce que la pièce a mal été soudée ou parce que le robot a cassé. Il y a des assurances : ça se rembourse, ça se remplace etc...

Vous gérez un être humain, d'accord, un professionnel de santé qu'il soit infirmier, par exemple, qui fait une injection qui peut engendrer un handicap ou je ne sais trop quoi, il n'y a pas de retour en arrière possible, l'erreur est là, donc c'est cette spécificité.

Le cadre normalement il peut, on ne lui demande pas d'être expert dans le domaine s'il est infirmier. On ne lui demande pas forcément d'être expert en réanimation il peut aller travailler en réanimation, néanmoins en termes de légitimité, vous serez mieux accepté.

S'il n'est pas issu du milieu de la réanimation, il connaît néanmoins, les décrets des agents qu'il encadre, il sait jusqu'où il peut demander à son agent ou à son professionnel de santé de travailler et comment il peut le faire évoluer.

Je ne suis pas sûre qu'un gestionnaire qui arrive, déjà il connaisse bien notre décret, et quand il va lire le décret infirmier ou aide-soignant, il risque d'être surpris et de sectoriser les choses. Je ne suis pas sûre qu'on gagnera quelque chose.

Après, il doit sûrement exister un endroit où effectivement et je pense qu'il y a des endroits où ça va se mettre en place où vous avez un gestionnaire pur et dur qui gère et qui n'a pas cette casquette-là.

Je serais curieuse de voir. Pour l'instant je n'en connais pas trop je serais curieuse de voir comment il gère.

Que savez-vous de l'évolution de la fonction de CDS ?

Il y a de toute façon un impact, la surveillante ou « susu » ou tous les diminutifs qu'on mettait.

La surveillante, elle était là pour ce que ça veut dire : elle surveillait ! Ça vient de là, surveillante, dans l'histoire. Elle surveillait si les choses étaient bien faites ou pas.

On est passé à cadre de ... proximité, de soins et puis de santé.

Je crois que c'était proximité d'abord. Je vous avoue que je ne sais plus "proximité".

Ça voulait dire qu'en fait, elle était proche du patient et proche de ses équipes cadre de proximité.

On est passé à cadre de soin. Donc c'est quelqu'un qui avait une vraie expertise du soin. Ça sous-entendait que la cadre, normalement si une infirmière ou une aide-soignante venait vers elle, elle était capable de répondre. C'est ça que ça veut dire "cadre de soin".

"Cadre de proximité", elle est proche de ses équipes, proche du soin et de "cadre de soin", on est passé à "cadre de santé".

Donc là, il y a déjà une notion un petit peu plus globale, qui est pris en compte et je pense un peu plus transverse c'est-à-dire qu'on ne demande plus au cadre uniquement d'être un cadre de réanimation, de proximité de... On demande à un cadre d'être... de prendre un petit peu de recul et de dire : " j'ai une globalité de tout ça".

C'est à dire, je gère une équipe de proximité, je gère aussi ce qui va autour de ça elle gère toute la santé qu'elle aille du physique ou psychologique donc c'est un champ vaste si on peut dire.

C'est beaucoup plus large à mon sens. Voilà comment ça a évolué après on est passé de surveillante générale à cadre supérieur de santé donc on a toujours ...mais dans l'inconscient des gens, la cadre de santé reste toujours la chef.

Vous interrogez quelques patients, ils vont dire « ah la chef des infirmières » ça reste et ça mettra du temps à partir mais oui... cadre de santé c'est une notion un peu plus large encore plus large que cadre de proximité.

Quelle évolution vous voyez pour cadre de santé ?

Pour plus tard ?

Oui

Humm...avec l'universitarisation des études d'infirmières, et maintenant certaines écoles d'infirmières où avec certaines conventions, ils arrivent à avoir un M1 on va créer des niveaux.

Moi ce qui m'inquiète...C'est bien, il faut effectivement qu'on soit dans cette évolution, qu'on soit en avance sur notre temps

Tout ça ne me fait pas peur en soi mais ce qui m'inquiète, c'est comment on va, en tant que manager, plus tard différencier ces agents... les professionnels entre eux vous allez avoir à gérer des professionnels qui sont...(tic) d'une ancienne génération mais qui ont une compétence et une vraie expertise parce que 25-30-40 ans d'expérience professionnelle et une vraie maturité professionnelle, avec des professionnels qui seront entre guillemets dit "licence 1, master1, master 2". Quelles vont être leurs missions ? Comment on va en fonction du diplôme leur donner des missions ? ça va engendrer... C'est un questionnement

Est-ce que celle qui a M2 aura plus de compétences que celle qui a M1 ?

Et celle qui a un M1 est-elle plus compétente que celle qui a M0 mais alors dans ce cas-là est-ce que c'est la compétence qui fait l'expertise ?

Ou est-ce que c'est l'expertise qui fait la compétence ?

Donc il va falloir répondre à toutes ces questions et je pense qu'à un moment donné les distinctions peuvent apparaître au sein des équipes vis-à-vis de ça.

Forcément, actuellement, par exemple, entre les écoles des cadres quand vous sortez avec un M1, je crois que légalement en fonction de l'institution, on vous laisse 2 à 3 ans, pour postuler sur M2, d'accord ? Euh sachant l'enveloppe budgétaire de certains établissements, pour vous faire passer un M2 bah... ouais...et donc celle qui attend depuis trois ans qu'on lui finance un M2 ne sera pas prioritaire.

Et est-ce qu'on ne risque pas de créer de l'injustice ? Je me pose beaucoup de questions par rapport à ça et après notre évolution, je pense qu'elle va...notre évolution passe par de toute façon par une formation de manager.

Et pensez-vous que cadre de santé est centrale entre l'institution et les équipes ?

Alors souvent on dit que quand il n'y a pas de cadre ça marche bien. Or quand il n'y a pas de cadre, c'est là où ça marche pas.

On a beau, on va dire entre guillemets, taper sur le cadre parce qu'il a une position centrale et que soi-disant il ne sert à rien et qu'il est tout le temps en réunion mais si il n'y a pas de cadre, il faut savoir que ça ne peut pas marcher.

Il est le rouage entre une administration, qui vous envoie un message, et une équipe qui envoie un autre message c'est le... c'est vraiment l'engrenage. Le cadre, il fait en sorte que l'engrenage soit bien huilé pour que ça marche.

Ça devrait être ça l'idéal, on sait que dans la réalité ce n'est pas le cas pour X raisons : contraintes budgétaires etc...enjeu de pouvoir, restriction budget et je vous en passe.

L'évolution des métiers et des professionnels de santé, il y a un turn-over qui explose le plafond dans certaines institutions alors peu importe laquelle mais c'est une réalité du terrain. On sait que le métier n'attire plus. Dès qu'elles sortent de l'école d'infirmière... elles n'ont plus les titularisations, les stagiarisations d'office.

il y a un vrai problème de recrutement, actuellement, parce qu'on ne peut plus recruter. Donc c'est bien, on forme des étudiantes mais pour quel type de nouveau métier est-ce qu'elles ont suffisamment de compétences pour faire ces nouveaux métiers ?

Quand vous parlez de nouveaux métiers, est-ce que vous pensez aux pratiques avancées ?

Oui, ce sont des nouveaux métiers. On n'a jamais été habitué, moi depuis que je fais ce métier - donc ça fait quand même plus de 20 ans - maintenant plus toutes celles et ceux qui ont déjà...qui sont passés avant moi déjà pour nous déjà IDEC, c'est quoi ce métier nouveau parce que on n'avez jamais connu ça.

Là j'ai entendu récemment on parlait aux infirmières qui peut faire de la télémédecine. Vous pensez vraiment que les médecins vont laisser les infirmières faire de la télémédecine ?

Il va y avoir des grincements de dents. D'abord, il y a ça, il y a tous les métiers de coordination est alors *quid* du cadre quoi.

J'ai l'impression que c'est comme aux États-Unis. Vous savez tout le monde s'appelle "nurse" ! Vous avez la nurse de catégorie 1, 2, 3.

Je ne sais plus comment ça s'appelle et donc chaque niveau correspond si vous les comparez un petit peu en France à un métier. Donc la nurse bas niveau c'est une aide-soignante. Vous avez la nurse 1, c'est celle qui ne fait que piquer et rien d'autre un peu comme au Canada. Vous avez des infirmières qui font que piquer rien d'autre est-ce que c'est ça qu'on veut ? Mais alors la cadre, elle sert à quoi ça ? Le cadre sup, il sert à quoi si on demande aux infirmiers de prendre sa place l'évolution du métier de cadre.

Moi je me dis, si c'est des infirmières qui prennent ce relais, bon ben, très bien ou bien maintenant une IDEC qu'on pourrait appeler ça une cadre ?

Je ne sais pas, je...pour l'instant j'attends de voir. Je suis beaucoup dans l'attente de voir ce que ça va donner, là il y a un nouveau rapport qui vient de sortir pour l'universitarisation des études infirmières .

Voilà, j'attends de voir concrètement comment on va mettre ça en place quand je vois actuellement je...ce qui serait idéal c'est qu'on fasse un retour de ces infirmières qui sont formées avec ce nouveau décret avec cette nouvelle réforme. J'aimerais bien voir ce que ça donne-moi sur le terrain.

Quand vous parlez du nouveau décret vous parlez de celui de 2009 ?

Oui moi je suis avant donc voilà forcément

Mais ce décret a déjà 10 ans

Mais le recul, ça serait bien de savoir si effectivement...vous voyez lorsque les IDE, les nouvelles qui ont un niveau licence, ce serait bien de savoir le nombre de personnes qui ont redoublé, qui ont réussi, le nombre de personnes qui sont restées à long terme sur leur poste, leur premier poste ou est-ce que c'est comme l'universitarisation où ils ne sont pas restés au bout d'un an, ils se sont barrés etc...

Quel est le rôle du CDS dans ces changements à venir ?

Le rôle du cadre va devoir gérer tout ça et faire en sorte que la sécurité et la qualité des soins soit encore assurées tout en pensant au côté financier et en restant à l'équilibre.

Je ne sais pas s'il a les épaules assez larges pour ça actuellement, le cadre.

Il aura des épaules, le cadre supérieur c'est pareil c'est-à-dire qu'il va faire de son mieux avec ce qu'il a. Au bout d'un moment il faut juste être terre à terre et pragmatique

Euh... quand vous avez euh... comment il va faire le choix entre, dans son positionnement entre bah...je veux dire un tel qui peut faire sa formation et pas à l'autre parce que lui, il est prioritaire et pas l'autre.

Le turn-over, on est dans une société de consommation actuellement ça se répercute forcément je dis pas que toutes les infirmières et les aides-soignants qui arrivent, ne connaissent pas la valeur du travail.

Donc le CDS va devoir s'adapter à la nouvelle valeur du travail qui est donné par...la vie de tous les jours, il n'y a plus la même valeur de travail qu'il y a 50 ans, il y a 30 ans et je n'aurais pas la même valeur de travail que quelqu'un qui vient juste d'être diplômé.

C'est l'évolution de la société qui fait aussi que vous êtes dans un autre mode fonctionnement.

Comment gérez-vous un changement dans différents services ?

C'est un travail de longue haleine

Euh je dirais, je suis peut-être un peu atypique mais je le reconnais il faut être un petit peu euh...en avance je dirais

Mais euh...comment je peux vous expliquer, comment je l'ai amené...c'est à dire que je me suis dit moi je suis venue de province

Quand je suis arrivée de province, nous on faisait déjà les trois équipes, on faisait déjà l'étude de charge de travail, je n'ai qu'un 1 ou 2 ans de métier quand je suis arrivée ici et que j'ai vu qu'on avait du retard alors que l'institution dans laquelle je travaillais était quand même bien, bien reconnue, bien en place je me suis dit Whaou.

Je leur ai dit attention vous allez y arriver, je sais pas quand mais voilà un moment donné en tant que dirigeant quel que soit l'institution, quand on sait qu'ailleurs ça marche, on est ni plus bête ni plus intelligent que les autres, on fait en sorte que son institution marche aussi.

il a fallu leur expliquer à long terme en disant, attention il va y avoir des changements

Quand je suis arrivée pour ne pas la nommer, à l'AP-HP, on m'a dit jamais ici vous ne travaillerez en trois équipes parce que je travaillais en trois équipes quand j'ai débuté ma carrière.

Au bout de quelques années, ça a mis du temps effectivement mais là on est en plein dedans ça fait 3-4 ans je crois alors là je ne travaille plus à l'AP-HP où les agents sont en grève régulièrement parce qu'on leur demande de faire ce qu'on appelle la mutualisation c'est-à-dire de travailler le matin d'être mobile : du matin et l'après-midi bon...l'étape de nuit, va un jour ou l'autre passé, il faudra 15 ans ou plus peut-être mais on va y arriver il suffit de montrer aux équipes que le changement est inévitable.

Que certains vont le vivre, d'autre pas parce qu'ils sont partis à la retraite d'ici là, les jeunes qui sortent elles ne s'attendent pas du tout.

C'est un travail de tous les jours quand on dit « oui mais c'est comme ça » et bien non, demain ça peut changer c'est de les mettre toujours...pas dans un état de stress parce qu'il faut que vos équipes soient quand même assez solides que vous ayez une certaine confiance mais il ne faut pas leur mentir, elles ne travailleront plus de la même manière dans 20 ans que maintenant

Il faut en avoir conscience si vous en avez conscience, c'est dans la discussion de tous les jours que vous arriverez à les convaincre, c'est pas du jour au lendemain en disant « ouais demain ça marche comme ça ouais » quand vous dites à une équipe qu'il faut restructurer on va perdre 2 postes

Il faut pas le faire le jour où vous avez décidé de..

C'est déjà de **les préparer**, ça s'appelle de **la stratégie managériale**, et de leur dire écouter « il y a des restrictions budgétaires vous connaissez le contexte etc...et voilà ce qui va se passer » d'amener la chose est un moment de dire on n'a pas le choix notre service est touché, nous allons perdre des postes, et **on doit trouver la solution et les ressources en interne.**

Donc si je reformule, pour vous, c'est le cadre qui va traduire les exigences institutionnelles ?

C'est ce qu'on lui demande de faire ça **fait partie de ses missions**

Il doit **traduire après** il faut croiser les doigts pour que le supérieur **hiérarchique du cadre** soit dans **cette logique également**

Quand vous avez 2 logiques qui se confrontent c'est alors où le cadre même si il n'est pas en accord avec sa hiérarchie il y a un devoir de réserve

Il doit faire appliquer ce qu'on lui demande

Comment je convaincs ?

si on peut le dire comme ça, comment je **motive l'équipe** alors que moi-même je ne suis pas convaincu du bon process

Ça c'est être dans un recul nécessaire et il faut le faire c'est votre travail.

Vous ne pouvez dire à une équipe je ne partage pas mais il faut qu'on le fasse je ne suis pas sûre que votre direction admire

Après c'est à vous de **trouver, en vous, les ressources** pour pouvoir le faire, mais oui il faut que vous **traduisiez ce que l'administration vous demande**

Si en plus de ça, si je prends le cas, où on doit rendre des postes, si vous avez un cadre sup, **un directeur qui explique la démarche, cela sera mieux** que si vous êtes seule à le présenter.

Vous ne pouvez pas tout maîtriser lorsque vous êtes cadre, vous n'avez pas tous les tenants et les aboutissants, imaginez lorsque le cadre sup ne les ai pas les soignants encore moins.

Le cadre a **un droit de réserve** lorsque l'information n'est pas officielle mais vous pouvez préparer les équipes ça s'appelle des biais. **L'incertitude détruit une équipe, lorsqu'une équipe fonctionne, il ne faut surtout pas la mettre dans l'incertitude,** C'est des zones **d'incertitudes qui créent l'angoisse, qui créent le stress, et qui créent les tensions et les conflits.**

Annexe 7 : Entretien n°4

ENTRETIEN 4 18'50

Je vais demander de vous présenter sommairement depuis quand vous êtes chirurgien en France ?

Dr C. je suis ophtalmologiste je suis en France depuis janvier ...2017, 39 ans

D'accord vous avez fait toutes vos études là-bas en Roumanie

J'ai fait toutes mes études en Roumanie oui je suis venu directement pour consulter et pour opérer

D'accord que vous avez été cherchés par quelqu'un

Oui c'était une société de recrutement de la Roumanie qui est en contact avec un (je ne comprends pas) pour lequel je travaille encore

Que savez-vous du système de santé en France ?

Pas grand-chose

D'accord

Seulement que ça semble à celle de la Roumanie et que la Roumanie a inventé le système français le système on utilise la carte vitale mais le système fonctionne beaucoup plus mal qu'ici

Si je récapitule, vous êtes entré en janvier 2017 dans un système que vous n'appréhendez pas beaucoup ?

Oui je connaissais le système libéral de travail quand même un petit peu parce qu'on Roumanie je travaille aussi en libéral je travaillais aussi comme employé dans un **hôpital public** pour un département d'urgence ophtalmologique et aussi dans **le privé** dont je connaissais un petit peu le système libéral et je connaissais aussi l'ophtalmologie française parce que je suis venu plusieurs fois en France pour des congrès

D'accord

J'ai partagé avec des confrères d'ici sur la France sur l'ophtalmologie en France des choses comme ça

Connaissez-vous les grandes évolutions du système de santé comme la tarification à l'activité ?

Pas du tout par ce que par exemple on utilise le même **système de codification CAM** On a la même chose que le système de codage n'est pas le même **système de remboursement** → **Assurance Maladie, Financement, Économie de la sante**
Oui c'est ça mais les choses sont pareilles sauf que je ne connaissais pas comment ça s'appelle ici ça m'a pris quelques mois pour comprendre

Avez-vous eu des cours de langue française ?

Non je suis arrivé en décembre après le mail je suis venu avant pour trouver un appartement pour louer et pour imprimer le nouveau la nouvelle et puis c'est tout

En un an, avez-vous appris des choses sur notre système de santé ?

Si j'ai appris sur le système sur la langue sur beaucoup de choses je connaissais la langue française j'ai étudié dans un lycée français en Roumanie

Comment voyez-vous l'évolution du système de santé ?

Ah l'évolution ce qui m'étonne c'est le **système de remboursement** la France paye **beaucoup pour n'importe quoi...**(rire)
il y a des choses quand même vous je ne suis pas totalement d'accord mais bon ce qui est bien c'est le système de suivi **La prévention ça** c'est l'idée de base du système je pense c'est pour ça qu'il paye beaucoup de chose mais non ça fonctionne et comme ça le patient est plus conpliant il respecte les choses mieux que dans d'autres pays
On peut découvrir beaucoup plus facile de nouvelles maladies et on peut les aider avant que ça peut être assez difficile d'opérer surtout pour les patients avec le diabète ou avec le patient avec glaucome

Le système de santé en France depuis quelques années est vraiment axé sur la **rentabilité : est-ce votre avis ?**

Je ne trouve pas ça...devrait être comme ça mais je ne trouve pas que c'est comme ça

d'accord pourquoi ?

Parce que quand on paye le taxi de n'importe où pour 5 km pour venir ou je ne sais pas quoi .. à mon avis... en Roumanie on a le même souci c'est mieux de convaincre le patient de voir son médecin traitant plus souvent avant d'accéder aux services d'urgence pour des choses des fois qui sont pas assez graves comme il pense et de laisser le choix et l'avis d'un spécialiste pour décider si c'est un cas d'urgence ou pas et à ce moment-là aussi le remboursement

Un médecin traitant oui peut dire je ne sais pas quels sont les qualifications ici parce qu'à la base je suis médecin traitant aussi j'ai 2 spécialités la médecine générale et l'ophtalmologie j'ai passé trois ans pour les urgences pour les enfants pour la chirurgie pour la médecine interne et tout ça

Pour vous le développement de la chirurgie ambulatoire est-il prometteur ?

Oui il le faut c'est plus facile pour nous les ophtalmos...C'est l'avenir ! même pour toutes les interventions moi j'opère déjà en ambulatoire la rétine qui est un peu plus délicat. La récupération se fait assez vite parce qu'on bénéficie d'une technologie assez avancée, qui nous permet de faire des interventions sur des incisions aseptiques qui se referment toutes seules en 2 heures.

Le patient ne ressent rien et la récupération visuelle se fait assez vite. Pour nous l'ambulatoire c'est vraiment important c'est ce qu'on doit faire. Comme ça on peut aussi réduire les charges des patients dans les grands hôpitaux

Depuis combien de temps êtes-vous chirurgien ?

Depuis trois ou quatre ans

Avez-vous connu des grands changements organisationnels dans votre carrière ?

En Roumanie ça n'existe pas, la chirurgie ambulatoire comme c'est ici.

Dans le système privé ça existe mais dans les hôpitaux publics on est obligé d'hospitaliser le patient au moins trois jours pour une cataracte donc ça change beaucoup le système parce que ce n'est pas la peine et ça ne sert à rien de payer une infirmière pour soigner.

Depuis que vous êtes en France, avez-vous vu des changements organisationnels en chirurgie ambulatoire ?

Ici, non

d'accord

je ne sais pas si on parle uniquement sur la clinique

Avez-vous connu d'autres changements ?

Seulement... le système d'organisation des infirmières par exemple...Elles essayent d'être mieux préparées de passer d'un niveau d'infirmière standard à des choses comme ça et comme ça

ça peut nous aider aussi et elle comprend mieux les actes médicaux comme ça c'est plus facile mais autrement pour moi je n'ai pas trouvé de grands changements sauf surtout sur l'organisation de la clinique.

Et sur l'organisation de la clinique cela a-t-il eu des répercussions sur votre travail ?

Oui

Positivement ou négativement?

Quand ça fonctionne, on opère assez vite on peut s'adresser à beaucoup plus de patients et ça augmente la rentabilité de la clinique mais ce n'est pas toujours comme ça

Donc avez-vous constaté des résistances au changement ?

Ah oui c'est sur

C'est toujours quand on change quelque chose dans la vie de quelqu'un on parle de médecine ou pas. Il y a des personnes qui acceptent plus vite et d'autres qui s'opposent au début parce qu'ils ne comprennent pas ou elles ne veulent pas comprendre mais au fur et à mesure si on essaie de leur faire comprendre ça se passe bien.

D'après vous qui est l'acteur qui permet au changement d'être compris par l'équipe?

Ceux qui impose le changement au début doivent s'occuper que tout le monde comprenne le changement et en plus la personne doit être ouverte et disponible.

Dans les services, il y a des infirmières qui sont vraiment ouvertes pour faire toutes les choses pour apprendre et en même temps, pour développer de l'activité, pour changer parce que des fois c'est un peu la même chose pendant des années ça devient une habitude et on perd l'intérêt pour les infirmières mais aussi pour l'équipe des anesthésistes et aussi avec l'ambulatoire là je pense que j'ai trouvé une résistance au changement il y a des moments où ça fonctionne bien et il y a des moments où ça fonctionne pas du tout mais je pense qu'il y a un manque de personnel à mon avis si on ne parle que de la clinique c'est là le souci parce qu'autrement avec tout le monde.

Depuis que vous êtes en France, quelles sont les valeurs soignantes que vous avez repérées ?

Normalement, on doit travailler ensemble.

J'aime bien travailler en équipe comme ça fonctionne mais j'ai vu des situations mais ce n'est pas mon cas j'aime bien avoir une équipe n'importe laquelle

Pour l'instant j'essaie de trouver des liaisons et je communique beaucoup, facilement, afin de pouvoir travailler facilement ensemble

C'est votre point de vue presque en Roumanie c'est comme ça ou c'est juste parce que c'est votre logique à vous ?

C'est surtout la logique que j'aime bien ça ne se passe pas comme ça presque n'importe où même Roumanie c'est difficile de travailler entre les infirmières et les médecins nous-mêmes entre les médecins et les médecins

Et pourquoi c'est difficile ?

Parce que c'est un monde où des fois on est... je ne sais pas.... il y a des médecins qui veulent être plus solides, un peu plus égoïstes je pense même si il y a de la place, si il y a des patients ont créé notre personnalité surtout médicale notre respect surtout pour la profession en ayant des gens autour de nous pour faire une bonne équipe une bonne image c'est ce que je pense et comment je travaille

Comment voyez-vous le CDS ?

Bon j'ai eu sur ça j'ai une idée parce que j'ai eu une chef de bloc quand je suis arrivé avec laquelle je ne pouvais pas du tout travailler on ne se comprenait jamais ... bon j'étais tout neuf sur la clinique j'étais pas bien introduit je ne connaissais pas non plus je ne savais pas qui s'occupait de quoi

Ça a pris un peu plus de 6 mois pour comprendre qui s'occupait de quoi ici dans la clinique même maintenant il y a des moments où je ne sais pas bien

J'ai évolué quand même mais surtout avec la chef de bloc, j'ai remarqué ça c'était une grande évolution pour la clinique, pour moi et même pour les autres.

Depuis qu'on a la nouvelle chef de bloc, maintenant ça fonctionne mais tout le monde peut parler peut dire ce qu'il peut faire quand sur les créneaux opératoires avec les équipes avec les infirmières c'est plus facile de dire ça fonctionne bien avec telles infirmières c'est bien on peut discuter avec l'infirmière pour qu'elle vienne qu'elle apprenne si elle ne veut pas on peut changer n'est pas obligé de travailler si ça ne me plaît pas en plus je n'aime pas l'idée

Personne n'est pas obligé de travailler avec moi et moi non plus avec une personne avec qui on ne se comprend pas donc ça c'est un grand changement ça j'ai vu donc ça a changé dans la clinique et en plus ils essayent de mettre en place des différents ... équipes et est organisé sur la qualité des actes sur le temps la réduction du temps

Pensez-vous que le CDS est central dans une organisation ?

Dans une organisation médicale oui si le cadre de santé et bien fait autour de ça l'établissement peut fonctionner si ça n'existe pas un ça ne fonctionne pas on ne peut pas parler de rentabilité ou de n'importe quoi si le cadre de santé n'est pas bien organisé.

Le CDS doit-il avoir des notions de gestion selon vous ?

Oui surtout ce qui est responsable et tout ça d'une telle ...euh...chose oui...parce que comme ça la personne qui en cause peut avoir une image plus ouverte et plus large sur l'établissement on ne peut pas avoir une personne qui s'occupe que de ça on ne peut pas organiser toutes les autres choses ça doit s'occuper ça doit avoir une image un peu plus large sur la gestion des choses la partie financière sur le personnel aussi oui ça doit être une personne un petit peu

Énoncé de mon thème :

Ouais c'est ça

Énoncé de ma question de recherche :

Je pense que le CDS c'est vraiment la liaison, je dirais même la traduction des choses entre une partie et l'autre. Parce que le CDS doit traduire les informations financières aux équipes qui doivent soigner les patients et inversement tout ce que les équipes ont besoin doit être traduit pour la partie financière, pour rentabiliser les choses si elle n'existe pas ça ne fonctionne pas. Je pense que les médecins et pas seulement doivent être d'accord sur ça sinon ça ne fonctionne pas. Oui et le CDS doit toujours se positionner au milieu mais c'est difficile de se positionner en train de mettre une infirmière ou même entre-deux médecins. Oui donc en plus des fonctions de gestion un cadre doit avoir des fonctions de médiateur

Annexe 8 : Entretien n°5

ENTRETIEN 5

23'13

Présentation :

Praticienne Hospitalier au sein d'une unité fonctionnelle de médecine de la douleur et de médecine palliative de Necker
J'ai toujours fait que du publique, le CH de R. est public en tout je n'ai toujours fait que du public dont l'activité et j'ai été interne puis assistante spécialiste hôpital de l'AP-HP praticien hospitalier contractuel au sein d'un hôpital de l'AP-HP puis praticien hospitalier hôpital de l'AP-HP j'ai toujours fait du public.

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

C'est compliqué, c'est-à-dire « qu'est-ce que j'en sais ? »

Qu'est-ce que vous savez des évolutions de la structure hospitalière ?

C'est-à-dire que moi j'ai l'impression que ça se **dégrade**.

Et pourquoi, avez-vous cette impression ?

J'ai l'impression qu'actuellement typiquement là, à l'AP-HP, il faut faire 10 millions d'**économies** donc ils veulent **supprimer 140 postes** de médecins.

Donc en pratique, ils ont renouvelé aucuns contrats de praticiens hospitaliers contractuels.

Ils ont décidé de pas euh...résoudre les vacances de postes infirmières, aides-soignantes par exemple. Donc ça veut dire on va demander à **toujours moins de faire toujours plus...** j'ai l'impression qu'on est dans un système, alors plus les infirmières et les aides-soignantes, que les médecins parce que les médecins se sont des filous.

Ils trouvent toujours à passer entre les lignes mais les infirmières et les aides-soignantes, elles sont quand même de moins en **moins nombreuses dans les services** et euh...à faire toujours plus de choses Et en plus des choses qu'elles ne devraient pas faire. Par exemple, les infirmières qui pallient au fait que l'aide-soignante soit en arrêt maladie et qui se soulèvent des patients ou des trucs comme ça enfin vous voyez. J'ai l'impression que le système hospitalier, il part un peu euh... j'ai l'impression qu'on va avoir une grosse **différence entre le public et le privé** où un peu comme dans les autres pays, quoi... Le public ça sera pour les gens qui n'ont pas les moyens et le privé ça sera pour les gens qui ont les moyens et qui du coup veulent une qualité de service que le public ne pourra pas leurs offrir c'est un peu **mon idée**. J'ai un peu cette **impression** mais peut-être que je me trompe.

Si je reprends vos termes, ces évolutions, les voyez-vous économiques ?

Oui.

Pensez-vous que l'hôpital est devenu ou devient une entreprise aujourd'hui ?

Ah bah oui carrément.

C'est-à-dire ?

C'est-à-dire que finalement **franchement le bien-être du patient** globalement euh...on en a de moins en moins à faire. On est dans une course à **la rentabilité**.

Une femme qui accouche et qui au bout de 48 heures doit être sortie de l'hôpital c'est pas pour son bien-être. C'est pour faire de **la place pour** avoir un lit supplémentaire **pour en prendre une autre**.

Donc je veux dire...elle se retrouve au bout de 48 heures... se retrouve à la maison avec un nourrisson et on n'a pas pris le temps de lui expliquer comment ça marche...quoi..

Les patients qui se font opérer de leur prothèse de hanche le matin et qui doivent rentrer à la maison le soir. Pour moi ce n'est pas de **la sécurité** je veux dire.

Pourquoi ? c'est parce qu'on essaye de tout **faire en ambulatoire** mais, je veux dire on laisse des gens rentrer à la maison avec quand même des grosses interventions. Et des gens que s'ils ont un problème dans la nuit vont aller aux urgences et, ça pour moi c'est de la course à la rentabilité. Donc oui on est clairement dans **un hôpital public** qui devient une **entreprise à gérer** et **finalement les gens sont interchangeables**.

Vous parlez du public mais pensez-vous la même chose du privé ?

Oui mais, le privé tu as une **qualité de service** en plus que tu n'as pas à l'hôpital.

Si tu veux une chambre seule dans le privé tu payes tu as ta chambre seule si tu veux un lit en plus tu payes tu as un et en plus....Alors qu'à l'hôpital tu peux pas faire ça dans le privé tout est possible avec de l'argent dans le public non.

D'accord

En plus regarde à l'hôpital public, si je prends l'exemple d'un hôpital de l'AP HP, j'ai adressé une patiente à un professeur en médecine physique et de réadaptation il y a 15 jours. La secrétaire lui a dit « écoutez si vous voulez un rendez-vous dans le public c'est dans quatre mois par contre j'ai une place vendredi si vous y allez en **consultation privée** »

Donc on commence à **développer un système à deux vitesses si tu payes**. Regardes les I.R.M., j'ai appelé pour une patiente à X la cardiologie la nana elle m'a dit je voulais prendre un rendez-vous, elle-même, dit à X ce n'est pas avant 2019 le prochain rendez-vous

Et je lui dis « vous rigolez ? » prendre un rendez-vous en cardiologie à l'hôpital de X c'est pas avant 2019 les IRM à l'hôpital c'est 4- 5 mois de délais par contre le IRM **Privé** en ville tu payes de ta poche 150 € mais tu as un rendez-vous la semaine prochaine. Donc oui moi je vois ça de plus en plus **géré comme une entreprise**

Depuis quand ressentez-vous ce changement, cette évolution ?

Disons que je ne m'en rendais pas compte quand j'étais interne par ce que je ne m'y intéressais pas Et donc je ne me rendais pas compte quand j'étais assistante parce qu'encore une fois je ne m'y intéressais pas, et maintenant que je suis praticien hospitalier et que ça me touche un peu plus parce que je **vais m'investir** dans l'hôpital. Je **le ressens donc** je dirais depuis un an.

Pourquoi vous ne vous y intéressez pas ?

Parce que je n'avais pas de responsabilités, ça ne m'intéressait pas, j'ai été interne je m'en foutais, j'allais partir ce n'était pas **mon équipe**, ce n'était pas **mon hôpital**.

Assistante spécialiste pareil, je n'étais pas liée à l'hôpital, je ne le voyais pas comme étant mon prochain lieu de travail, donc ce qui pouvait arriver à l'hôpital, je m'en foutais un peu mais maintenant que j'y suis praticien hospitalier et que **quelque part c'est mon hôpital** ça change un peu tout c'est comme si c'était un **peu ma maison** ... à qui on va enlever les meubles comme si l'huissier arrivait chez moi.

Diriez-vous que ces changements vous les viviez tous les jours ?

Bah oui surtout nous parce qu'on fait l'objet d'un gros plan de **restructuration**, parce que la direction il y a 200 millions d'euros **d'économies** à faire à l'APHP. Et donc l'hôpital de l'AP HP doit faire 10 millions donc je le vois tous les jours.

Par exemple, mon collègue, mon chef de service a dû se battre pour le garder par ce qu'il est PHC donc ils ne voulaient pas le renouveler là euh...on est **en train de se battre aussi** parce que j'ai une autre collègue qui doit arriver en novembre mais ce n'est pas du tout gagné là c'est tous les jours euh...parce qu'on est en train de se battre pour garder nos postes Et dans les services parce que nous, on est une équipe transversale dans les services on voit les infirmières qui **s'épuisent on sent la grogne**...en tant **qu'équipe transversale** où se bat pour garder nos postes dans notre équipe mais...on sent **la grogne** dans les autres services et les infirmières qui sont à bout.

Ces changements impactent-ils plus les infirmières et les aides-soignantes pour vous ?

Jusqu'à présent oui...sauf que là le fait de ne pas renouveler les praticiens hospitaliers contractuels ça touche aussi les médecins mais j'ai l'impression que c'est assez spécifique à l'hôpital de l'AP HP et peut-être assez récent mais il est plus impacté.

Il faut être honnête ceux sont les infirmières et les aides-soignantes, nous, on n'est pas surveillé mais les infirmières et les aides-soignantes sont quand même vachement plus surveillées.

Elles sont surveillées par qui ?

Bah par leurs cadres (rires)

Pensez-vous que c'est de la surveillance en tant que cadre ?

Ça dépend des cadres, je pense que c'est un système.

C'est bien pour ça que j'ai fait médecine c'est que je n'aurais pas supporté parce que moi je vois mes collègues (IDE) je veux dire le matin, elles doivent noter l'heure à laquelle elles arrivent, si elles doivent partir plutôt, elles doivent appeler leur cadre pour leur dire « je dois partir » alors que jamais nous (médecin) on ferait ça en tant que **médecin-moi si j'ai envie de me barrer** je me barre je n'ai aucun **compte à rendre à personne**

Comment voyez-vous la place du cadre dans tous ces changements organisationnels ?

Alors vraiment pour être dans une **équipe transversale euh**...c'est très différent.

Les cadres investissent très différemment leur rôle tu as des cadres qui font que de la surveillance il n'y a rien qui se passe

Quel âge ont ces CDS qui font de la surveillance ?

Ben je dirais un peu plus âgées.

Les nouveaux alors ?

Par exemple on a de nouvelles CDS qui sont jeunes, et qui sont en réanimation chirurgie cardiaque et **qui impulsent** vraiment **un esprit d'équipe**, qui essayent de monter des staffs d'éthique par exemple avec les autres équipes.

Qui voient par exemple dès qu'il y a une situation ce ne sont pas les médecins qui nous appellent, ce sont elles en disant voilà « on a un souci avec une famille est-ce que tu peux venir ».

Elles **ont impulsé la** mise en route de **staffs éthique** tous les jeudis. Enfin on a une autre CDS qui n'est pas si jeune que ça mais qui est assez jeune encore qui a poussé ses infirmières à mettre en place des projets. Qu'elles réfléchissent à mettre en place des fiches.

Tu vois il y a des cadres qui s'**investissent** et qui font en sorte de **monter des projets** et il y a des cadres comme la nôtre par exemple qui font **juste des réunions de service** pour voir que tout va bien qu'on est bien dans les clous, qui demandaient qui sont plus enfin personnellement je trouve que ce n'est que de **la surveillance** et qu'il n'y a pas **une volonté d'aider les infirmières à monter des projets** mais dans certains services et il y a vraiment des cadres **qui s'impliquent pour monter des projets** pour que les infirmières **montent des projets** pour les **accompagner dans ses projets** pour développer **la transversalité** entre les équipes : **des cadres sur qui tu peux compter.**

D'après vous quels sont les particularités de ces « nouveaux » cadres ?

C'est à dire ?

Au niveau de la formation par exemple ?

Je ne suis pas sûre, parce que je ne suis pas sûr qu'elle cessait enfin je sais pas c'est des services ou ça ne suit pas forcément au niveau présentiel il n'y a pas forcément une c'est dure à dire mais je n'ai pas l'impression que c'est si facile que ça ne gérait les présences infirmières avec les arrêts de travail les machins et les trucs me faire franchement je ne suis pas sûr d'être le mieux placé pour répondre à cette question

Comment voyez-vous la place du cadre de santé dans une équipe ?

Ça dépend encore une fois du cadre,

Par exemple nous notre cadre de pôle qui remplace notre cadre de santé parce qu'elle en congé maternité et lui tu vois on s'était dit qu'on se faisait une petite réunion tous les 2 tous les mois pour aborder ce qui ne va pas donc je vois plus comme **un allié moi**

Je le vois comme un allié et j'ai l'impression qu'encore beaucoup de médecins les voient comme... tu as le médecin, puis après tu as le cadre et puis après tu as les IDE

J'ai vraiment l'impression qu'il y a encore une **cette hiérarchie** à la con moi je vois le CDS plutôt comme un allié

D'après vous a quoi est du cette hiérarchie ?

C'est culturel, c'est très **historique** avant le **médecin c'était le pater familial** qui gérait son service qui **commandait** les médecins, les infirmières et puis peut-être que c'est aussi **culturel** par rapport au nombre **d'années d'études** peut-être qu'il y en a qui ne se sent plus pisser parce qu'ils ont fait **10 et d'autres** qui en ont fait moins

Je sais pas je ne sais pas parce que moi ce n'est pas ma manière de fonctionner mais j'ai l'impression qu'il y a quand même toujours sa tu vois les jeunes internes quand j'étais en stage les infirmières je leurs ramenait le pain le matin et on faisait les transmissions ça permettait de discuter de souder l'équipe, avec et elle me disait « tu es la seule interne qui nous dit bonjour le matin »

Tu vois ce que je dis est incroyable mais il y a encore des internes qui ont l'impression qu'ils **sont Dieu** sur terre et que le **petit personnel va exécuter leur prescription** soit

Mais aussi attend ça va dans les 2 sens, il a aussi le problème des **infirmières qui ne prennent pas le pouvoir**

Par exemple, dans mon équipe il a l'IDE X, on va voir les patients ensemble et si elle n'est pas d'accord avec moi elle va me dire donc on n'en discute

Les IDE peuvent s'aider de la cadre pour résoudre les problèmes, la cadre peut taper du poing sur la table et dire aux médecins voilà les infirmières là elles veulent assister au staff pour ce patient donc vous le faites à un moment où mes équipes sont disponibles tu vois ce que je veux dire c'est que si on veut qu'il soit **un travail d'équipe** il faut aussi taper du poing sur la table pour **changer un peu système de hiérarchie**

Si on veut **travailler en équipe** il va falloir faire quelque chose parce qu'il y a plein de services ou le médecin fait sa prescription le balance à l'infirmière en disant vas-y bobonne va faire des prises de sang ce que je t'ai demandée par exemple qu'on fasse la sédation, va brancher l'HYPNOVEL et la morphine et donc exécute.

Je vais dire ce n'est pas comme ça qu'il faut que ça se passe, il faut que les infirmières assistent au staff qu'elles disent ce qu'elles pensent du patient parce que souvent elles l'ont bien plus vu que le médecin elles en savent bien plus du fonctionnement de la famille du patient qu'elles s'imposent au staff qu'elle donne leur avis et qu'on discute ensemble de ce qu'on va faire pour ce patient et on n'y est pas encore au regard

Comment voyez-vous la direction dans cette organisation ?

Je la sens comme... pas du tout **un allié comme un gestionnaire**

En fait j'ai été vachement triste en arrivant à l'hôpital de l'AP-HP parce que je m'étais dit que j'allais faire les choses que je souhaitais pour le patient et que quelque part j'avais envie de reconnaissance qu'on dise que c'est bien ce que vous faites En fait tu te rends compte qui n'ont strictement rien à faire par contre de ce que tu fais et juste es un médecin qui paie un numéro d'identifiant AP-HP et si c'est pas toi ça sera un autre qui fait en consulte tu vois tant de patients par jour peu importe de qui tu es peu importes ce que tu essayes en plus importe que du fait que ce que tu le fasses bien Tu vois ce que je veux dire la direction elle en a rien à faire de nous tous ceux qu'ils veulent c'est que ça tourne que le médecin A doit faire 150 consultations tous les trois mois si le médecin A ne fait pas c'est pas grave on prendra le médecin B et

Finalement peu importe que le médecin A fasse moins de consultation mais qui sont très bien alors que le médecin B face 200 consultations mais qu'il soit une grosse nullité c'est ça qui me fait de la peine je me rends compte que pour la direction c'est le chiffre qui compte et à la qualité la quantité et la qualité

Pensez-vous que cela est dû au mode de financement ?

Non...tu pourrais être dans une logique bien sûre on comprend qu'il faille faire de la rentabilité, mais tu pourrais être aussi une direction qui s'intéresse, qui considère les personnels qu'elle a dans son hôpital comme des gens

Thème de mon mémoire donné :

En tout cas moi je trouve qu'on voit tout de suite les services qui vont bien à l'hôpital de l'AP-HP on voit tout de suite les services dans lesquels il y a un cadre qui s'implique et les services dans lesquelles le cadre ne s'implique pas, le cadre est le médiateur entre les équipes.

Par exemple, tu vois en orthopédie les infirmières d'orthopédie de la consultation ça fait des années qu'elle souffre pour pouvoir faire des réductions de fracture juste avec du MEOPA c'est quand même l'AP-HP mais bon c'est quand même le Moyen Âge et elles en souffrent et là il y a une nouvelle cadre qui est arrivée

Qui nous a contacté pour qu'on réfléchisse ensemble à mettre un protocole de réduction des fractures avec une bonne antalgique et donc elle a motivé ses troupes à venir nous rencontrer et à fédérer l'ensemble tu vois pour moi c'est ça le rôle du CDS c'est de motiver ses troupes pour faire un peu changer les choses et finalement contacter les médecins et peut-être que les infirmières n'osent pas c'est vraiment le lien qui était perdu entre les médecins et les infirmières.

Annexe 9 : Entretien n°6

ENTRETIEN 6

17'10

Présentation :

Diplômé de 1987 en tant qu'infirmière j'ai travaillé 18 mois dans le privé dans un service de soins intensifs ensuite j'ai réintégré l'hôpital public dans un service de chirurgie j'ai travaillé pendant 10 ans au bout de 10 ans je prie un service de maternité gynécologie pendant trois ans et depuis 2003 faisant fonction cadre de santé sur un secteur de médecine partie à l'école des cadres en 2005 diplômés en 2006 de l'école des cadres 13 ans sur le secteur des médecines et puis depuis un an sur la chirurgie donc ça fait déjà quelques années ça fait 31 ans de diplôme

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

la loi HPST euh...avec notamment la mise en place des pôles, euh...la tarification à l'activité euh...il n'y a plus de dotation globale des hôpitaux euh...des gros problèmes économiques dans les hôpitaux notamment avec notamment des plans d'efficience qui se mettent en place un peu partout, une majorité d'hôpitaux qui sont en déficit et puis au niveau ministériel une baisse régulière des budgets pour les hôpitaux donc travailler euh...toujours plus avec moins de moyens On nous demande plus de qualité avec toujours moins moyens à un moment donné ça ne le fait plus

Comment voyez-vous l'évolution ?

L'évolution pas dans le bon sens du terme, les conditions de travail à majorer les risques psychosociaux chez les agents en leur demandent de la polyvalence hors tout le monde n'est pas capable de polyvalence On met les gens en difficulté, on les mets en insécurité, on mets les patients en insécurité, on joue avec la sécurité des patients et on génère de la frustration et de la démotivation et on se rend compte que les agents viennent au travail mais n'ont plus la fibre qu'ils avaient avant qui les animaient pour venir travailler

Lorsque vous-parlez de « fibre » pensez-vous aux valeurs professionnelles ?

Les valeurs professionnelles sont euh...ils les ont encore mais ils n'arrivent pas euh...à euh...elles ne peuvent pas être respectées dont ils sont mal par rapport à ça sur le plan psychologique il ne se sent pas bien parce que c'est contraire à leurs valeurs, ce qu'on leur demande est contraire à leurs valeurs

Depuis quand vous le ressentez-vous ?

La ça fait 4, 5 ans d'accord qu'on a pris le tournant mais pas dans le bon sens du terme, alors c'est vrai que moi sur l'hôpital de X avec le déficit budgétaire qu'on a

On la peut-être accentué déjà depuis un petit moment mais je pense qu'on est tous plus ou moins touchée quand tu entends les CH dans les alentours qui vont mal.

Je lisais encore un article tout à l'heure sur le journal où il y a plein de maltraitance, je pense qu'on est maltraitant avec les agents et qu'on va finir par devenir maltraitant avec les patients par ce biais là aussi ça va mal

En tant que cadre comment pouvez-vous amener le changement ? comment le définissez-vous ?

Le changement euh...on nous éloigne de plus en plus de la proximité, on nous demande de plus en plus des tâches administratives, on nous demande de plus en plus de faire de la qualité ou des audits de choses comme ça, donc on est de moins en moins en contact avec nos équipes et le patient sur le terrain

Donc du coup c'est difficile d'accompagner ce changement quand il n'y a pas de présence, moi il y a des semaines où je ne vois pratiquement pas mon équipe je vois un petit peu le matin mais des fois il ne me voit pas de l'après-midi

je suis en réunionnite en gros c'est ça pour eux, ils sont un peu des fois livrés à eux-mêmes parce qu'il n'y a pas l'encadrement qui est là pour donner les lignes directrices encore que moi j'ai une équipe suffisamment autonome et ils se sont bien débrouillés pendant mon absence ils ont souffert mais ils se sont bien débrouillés mais c'est clair que là ces compliquée pour eux aussi

L'hôpital est-elle une entreprise ?

Tout à fait on nous demande une rentabilité quand tu vois qu'une certaine année il faut pour tant d'acte rentré dans ton budget et que l'année d'après on te demande encore plus il y a un moment donné on a tous nos limites moi je n'ai que 22 lits je ne vais pas pouvoir faire autant qu'on me demande pour pouvoir avoir le même budget d'une année sur l'autre c'est clair

Et à partir du moment où on déprécie certains actes et qu'on les minore au niveau de la rentabilité et de la rémunération c'est pour ça que les hôpitaux vont mal

On ne peut pas une année faire 100 actes à 500 € et l'année d'après on te limite à 400 € pour arriver au même budget on a tous nos limites par rapport à nos moyens n'ont rien on ne peut pas les augmenter → productivité

Vous parlez d'accompagnement des équipes, qu'entendez-vous ?

On ne peut pas mener cet accompagnement on ne peut pas le mener, déjà ils n'ont pas la même information que nous

Pourquoi ?

Pourquoi parce que ils ne sont pas au cœur du problème ils sont dans des strates un peu éloignées de l'administratif et que l'administration communique ou pas toujours sur ce qu'elle fait sur ce qu'elle met en place et c'est ça qui est difficile et je vois même qu'à notre niveau de l'encadrement ça communique très très mal

On a plus les informations qu'on avait avant donc si tu es un peu dans les syndicats tu vas réussir avoir l'information qui sera pas toujours la bonne si tu n'es pas au sein des instances parce qu'elle sera forcément relayée par des personnes qui ne l'ont pas bien compris

Mais les professionnels sont éloignés, ils maîtrisent encore moins que nous ils ne connaissent pas la loi HPST parce qu'ils ont pas beaucoup travaillé dessus

Comment voyez-vous les répercussions de la loi HPST sur votre quotidien ?

Pour ma part, nous avons vécu une fusion de 3 établissements, ça nous a fait très très mal parce que le budget des uns et des autres a été fusionné. Donc on a mis les autres dans le rouge et on a voulu uniformiser le mode de fonctionnement.

Alors qu'il y a trois cultures différentes.

Il y a donc de la résistance au changement. On nous oblige à faire certaines choses, moi je le vois bien au niveau de la chirurgie car on a voulu que nos chirurgiens aille dans les deux autres hôpitaux faire des consultations en orthopédie ça fonctionne que sur l'orthopédie mais ça ne ramène pas des patients sur le site

Pensez-vous pouvoir dépasser ses résistances ?

Ça dépend des personnes on a beaucoup de chirurgien qui sont assez âgés qui ont eu du mal à rentrer dans les loi HPST parce qu'ils avaient un confort de vie avec un pouvoir de chef de faire

C'est clair il se sent un peu démuné de ça d'un certain pouvoir donc c'est des questions de personnes et de caisse et au niveau

Et sur le plan historique qu'il y a des mésententes entre les trois hôpitaux donc comment fusionner ses hôpitaux alors qu'ils ont été en « guerre » pendant des années ?

Que pensez-vous des GHT ?

On va se faire bouffer.

Qu'est-ce que vous entendez par là ?

Finalement on va devoir fermer la chirurgie tout sera sur le GHT.

Comment voyez-vous la place du cadre de santé ?

Le cadre de santé il essaye de s'adapter à ce qu'on lui demande de faire.

Moi je ne suis pas contre. Mais actuellement, je me rends compte qu'il y a des choses qu'on me demande que je ne puisse pas tenir au niveau qualité. Je n'ai plus les moyens en personnels pour assurer et c'est ça qui fait peur. Et on a l'impression qu'on régresse à cause des moyens financiers. On régresse dans notre manière de prendre en charge... dans notre manière de traçabilité.

Pensez-vous qu'il y a trop de qualité ?

HAS nous demande trop de choses. À chaque fois, il y a de plus en plus de choses ça c'est du temps supplémentaire, du temps agent supplémentaire, mais dès qu'on touche à notre effectif. Aujourd'hui, moi je suis en sous-effectif. Avant il y avait pléthore maintenant y'a plus rien. J'ai une aide-soignante en moins et une IDE, mon taux d'absentéisme n'est pas compris là-dedans et dès que j'ai un arrêt maladie c'est le bazar.

Hélas comment voulez-vous faire ?

On peut pas monter des groupes de travail, des réunions : plus personne ne vient. Le problème de cette nouvelle gouvernance quelque part, c'est qu'il n'y a plus la reconnaissance il n'y a aucun signe de reconnaissance. Et ça les agents sont très attachés, s'ils ne sont pas reconnus. Ils ne vont pas revenir, moi je les reconnais mais ils attendent à être reconnu par la direction. La reconnaissance n'est pas là. Cette évolution, je la vois tout à fait dans le négatif, une détérioration des conditions de travail de tout le monde.

Pensez-vous que le CDS doit maîtriser des notions de gestion ?

La délégation de gestion on devrait les avoir sur les pôles et nous, on les a toujours pas. C'est le cadre de pôle qui devrait avoir cette maîtrise de gestion avec les tableaux de bord par exemple.

À mon niveau même quand on me fixe un budget par exemple la papeterie je ne sais même pas quel est le montant de ce budget.

Il manque une fluidité dans l'information. Tout a été très vite et trop vite pour qu'on puisse préparer les gens à ce changement et les choses s'accélèrent très très vite en ce moment alors oui les finances vont mal mais on oublie le minimum qui est la communication et sans communication on a que la résistance au changement.

Pensez-vous pouvoir dépasser cette résistance au changement ?

Ça dépend de l'information que j'ai parce que des fois on me donne pas les informations venant des directions.

Moi à mon niveau, j'ai un cadre de pôle qui communique très très mal mais je suppose qu'il n'en sait pas plus que moi il y a donc un réel problème.

Annonce du thème

Très d'actualité mais actuellement ça communique très très mal, elle est crédible ton hypothèse on devrait mais si tu n'as pas l'information tu ne peux pas. Le problème, il est là, actuellement ça communique très très mal

Annexe 10 : Entretien n°7

ENTRETIEN 7

22'11

Présentation :

Je suis cadre de bloc opératoire à la Clinique X euh...je suis diplômée IDE depuis 2000, euh...j'ai un parcours essentiellement...que de bloc opératoire donc j'ai...donc 18 ans de bloc opératoire...j'ai passé...j'ai été à l'école IBODE de 2003-2005 et donc diplômée en 2005 et CDS en 2014...donc j'ai assuré IDE de bloc dans un hôpital public ensuite j'ai passé mon concours cadre et je suis allée prendre un poste d'encadrement de bloc dans une clinique privée de 4 salles qui m'a financé ma formation de CDS et puis je suis en poste ici depuis mai 2007 voilà j'ai 38 ans

Que savez-vous sur le système hospitalier ?

De par ma formation et puis finalement la partie un petit peu **public et privé** ça m'a permis d'avoir un petit peu de recul sur notre fonction au sein des établissements et puis de par l'expérience de la clinique à Y, j'ai assuré des fonctions un petit peu plus transversales, et du coup avec une vision un petit plus globalement du système de santé à savoir surtout par rapport à la **tarification des actes**, par rapport à tout ça.

Après par rapport au système de santé français, il y a eu de grosses modifications quand même depuis que je suis sortie de l'école d'IDE. Donc c'est vrai j'ai eu une chronologie dans ma formation qui fait que j'ai pu finalement euh...apprendre bah petit à petit **la nouvelle réglementation** ce qui est **le plus compliqué** en fait quand on est en poste c'est d'arriver à avoir cette veille réglementaire et savoir un petit peu l'actualité.

Donc par rapport, au système de santé français, c'est surtout les modifications finalement **d'organisation de travail** et puis **la prise en charge qui n'est plus la même par rapport au patient**.

Moi, je suis...j'ai plutôt toute la partie chirurgie où là il y a de grosses modifications surtout au moment de la **tarification à l'activité** et puis sur les **nouvelles techniques** de prise en charge avec l'arrivée de **l'ambulatoire**, les hospitalisations plus courtes euh...donc un travail sur **les DMS**, qui finalement euh...pour essayer d'accéder à **cette rentabilité**.

Le problème à l'heure actuelle c'est qu'on est euh...beaucoup dans ce côté-là quoi faut que ce soit rentable et au niveau de la **prise en charge des patients** euh...c'est une évolution qui n'est pas forcément euh...adéquate par rapport à la prise en charge qu'on pouvait en attendre auparavant.

Donc le truc c'est d'emmener le changement et régulièrement c'est ce qui est le plus compliqué c'est...c'est de pouvoir finalement coller au contexte réglementaire sur le terrain-là, où ça fait des années qu'on fait d'une certaine façon et qu'il faut intégrer les nouvelles réglementations donc on n'a pas le choix.

Et donc du coup ça nous permet de...euh...d'amener le changement auprès des équipes quoi...

Il faut qu'on arrive à **progressivement intégrer le contexte réglementaire dans nos pratiques** et euh...à l'heure actuelle ce qui est toujours un petit peu délicat c'est qu'on sait jamais trop, comment se positionner parce que c'est des lignes qui sont pas forcément directrices complètement, c'est à dire que ça nous donne une **vision un petit peu globale** mais après **sur le terrain comment on le met en pratique** qu'est-ce qu'on apporte voilà et donc la difficulté c'est cette veille **réglementaire** et ce côté et mise en application sur le terrain.

D'accord

Moi j'ai un... mon parcours qui fait euh...que j'ai un réseau éclectique ce qui me donne un petit peu **une ouverture** de par l'école des cadres. Où j'étais sorti complètement du bloc opératoire, j'avais des personnes avec moi qui sortaient des EHPAD, des hôpitaux psychiatriques, de la médecine, du soin à domicile.

Du coup c'est tout ça qui fait que ça nous permet d'évoluer et de comprendre où on se situe car le bloc est assez fermé. On a nos problèmes terrains comme dans tous services.

Finalement mais du coup c'est de sortir un petit peu tout ce qu'il en est...mais après on a toute **cette partie gestion des risques** parce que, petit à petit, on a vu cette évolution apparaître sur **la gestion des risques et finalement** la mise en place dans les **organisations de cette gestion des risques et donc du coup**.

Ça a été ça où il a fallu amener à **évoluer et à travailler** sur le côté « qu'est-ce qu'on fait pour améliorer nos pratiques » et tout ça c'est un **travail un petit peu continu** euh...qui nous permet euh...petit à petit euh...qu'il faut **faire évoluer dans les mentalités** et ça on l'a pas dans les bouquins je veux dire un moment donné c'est quelque chose qui **se fait à travers le savoir, sur le terrain**.

Qu'entendez-vous de l'accompagnement au changement ?

Moi au niveau de... à chaque fois que j'ai eu à accompagner le changement. Puisque j'ai fait mon mémoire cadre sur la coordination des soins à travers le dossier patient informatisé donc si euh... j'ai choisi ce sujet c'est justement parce qu'il n'y avait pas de coordination dans les services et puis c'était au moment du passage de dossier patient papier au passage informatique. Et donc il y a eu toute une partie de mon travail qui a été « Comment conduire le changement quand on met en place un tel projet » et j'ai eu la chance après mon mémoire de pouvoir le mettre en place au sein d'un service.

Donc euh... l'accompagnement de tout ce changement de pratique euh... car en fait c'était bien, du tout au tout que ce soit au niveau infirmier, paramédical, et surtout médical, on est sur un côté où il faut qu'on puisse accompagner ce changement là parce que les praticiens, ils sont dans une autre dimension.

Ils sont sur le côté où ils étaient habitués à ce qu'on leur fasse tout et puis finalement là on est sur quelque chose où il faut qu'ils apprennent à faire, pour qu'ils nous donnent les informations et qu'on utilise les mêmes supports. On est que sur quelque chose d'un peu plus que global alors qu'avant l'information était décentralisée et il fallait la chercher donc du coup c'est toujours difficile cet accompagnement au changement à partir... en fonction du groupe qu'on a en face c'est-à-dire de l'équipe.

Pour moi c'est pas forcément les changements radicaux qui sont les plus compliqués à mettre en place ce qui est compliqué à mettre en place c'est des choses qui sont parfois qui vont changer leurs pratiques mais enfin on entend régulièrement « ça fait 18 ans que je fais comme ça et je vois pas pourquoi je ferais autrement ».

Ils ne comprennent pas pourquoi faire autrement leurs fonctions. C'est cette remise en question de sa pratique en fait qui est pas forcément dans les mœurs. Quelque part c'est quelque chose « j'ai appris ça un moment pourquoi je devrais me remettre en question par rapport à ça » et du coup notre travail il est aussi d'amener ça.

En disant « Voilà le contexte réglementaire donc on a pas le choix par contre après il faut arriver à se l'approprier » euh... le contexte réglementaire fait que... euh... si on est pas dans les clous un moment donné on se fait rattraper mais par contre il y a des choses qui doivent être mises en place, car on doit donner nos rapports les inspections qui sont faites et tout ça mais on ne travaille pas pour ses inspections.

On travaille pour une qualité des soins et du coup c'est ce message-là qui est parfois difficile quand le changement apporte une plus-value aux personnes ils le comprennent.

Donc je pense que l'idée d'accompagner le changement c'est de trouver les points qui vont permettre à la personne de la faire basculer vers le changement.

C'est-à-dire que dans une situation, il y a toujours du positif et du négatif et quand on va l'apporter quand on va le présenter ce projet il faut l'avoir en vis, il faut déjà contrecarrer ce que la personne en face va donner comme argument. Donc c'est à dire que quand on réfléchit sur le projet, il faut déjà réfléchir sur « quels vont être les leviers et quels vont être les freins » et à partir de ce moment-là moi je trouve que c'est un peu plus facile après on va pas forcément aller vers les personnes de la même façon.

Se dire qu'accompagner le changement c'est aussi avoir une analyse du comportement de la personne et, finalement se mettre pas forcément se mettre à sa place mais disons qu'on va pas aborder le sujet de la même façon, je m'explique j'ai mis deux fois un logiciel informatique en place.

La première fois j'avais dit j'étais en tant qu'infirmière je formais mes collègues au logiciel. Il y en a certaines, je savais qu'il fallait que j'appuie un peu plus, parce qu'il y a des personnes qui vont dire « oui tu sais moi je suis là vieille je vais pas y arriver » donc ces personnes qui sont un peu plus pessimistes mais en même temps c'est des personnes qui souvent vont s'adapter parce que du coup ils vont vouloir évoluer.

Ils sont plus dans leur zone de confort, ils sortent dans... de leur zone de confort et donc ils se sentent en difficultés et c'est à ce moment-là qu'il faut les accompagner, les suivre pour que du coup on n'y arrive. On arrive à quelque chose où ils se sentent d'équerre euh... avec le changement donc c'est la communication qui va avec le changement qui est hyper importante et c'est ça.

À partir du moment où le changement n'est pas compris et bien il y a un frein général

Et je pense qu'il est là le problème actuellement à leur actuel parce qu'on a pas cette dimension quand on nous dit au niveau euh... du ministère tout ça il faudra faire si ça euh... c'est par rapport à une situation qui s'est passé dans un endroit qui fait que souvent on veut le mettre en place ailleurs parce que attention c'est pour éviter ça ça ça.

Mais comme les personnes ne l'ont pas vécu ils ne le comprennent pas forcément et du coup c'est là que c'est plus compliqué il s'avère que les modifications d'organisation sont plus faciles lorsqu'il y a eu un point de rupture qui a fait qu'il y a une réflexion sur le sujet et d'ailleurs c'est un petit peu pour ça que du coup que là.

je fais c'est CREX au niveau du service parce que ça permet de remettre en question la pratique ça permet de faire un petit peu un état des lieux sur ce qu'on fait sur les difficultés, qu'on a et qu'est-ce qu'on fait pour mettre en place quelque chose pour ne plus les avoir, ou du moins les réduire les diminuer, et ça prend... c'est très chronophage en temps ça prend beaucoup de temps mais en même temps c'est ce qui nous permet d'avancer et, l'avancement sur le changement elle est pas forcément radicale du tout au tout c'est-à-dire que l'accompagnement va passer d'une semaine à quatre mois ça dépend vraiment du contexte de la structure et de comment sont accompagnés les professionnels.

Il y a-t-il un accompagnement différent en fonctions des corps de métier ?

Il y a toujours ce problème finalement de euh... formation de euh... finalement de corps de métier et du coup de catégorie professionnelle et puis « qui » demande à « qui » de changer. En fait on en est un petit peu là, c'est-à-dire qu'il y a toujours cette partie nous en tant que cadre on est au plein milieu du cœur du truc quoi ! on a cette partie administrative d'un côté et cette partie soignante de l'autre et donc du coup on est là pour essayer de faire la jonction pour que les 2, ils collent et donc du coup. Ça colle pas forcément parce qu'on a pas le même point de vue mais par contre c'est là où est... l'intérêt de la coordination. Il faut qu'on arrive à dire bah oui voilà l'administration demande ça. Il y a du négatif parce que des choses qu'on est pas d'accord... parce qu'on a pas cette vision mais il y en a d'autres où nous on est dans le soin il faut qu'on se sert de l'administration pour avancer et je pense que c'est là où c'est le plus compliqué à l'heure actuelle.

Et avec le corps soignant ?

Il y a ce problème de cette formation parce que quand on regarde les infirmières qui étaient diplômées sous les anciennes formations, ce sont pas les mêmes que les nouvelles, ils n'ont pas la même façon de euh... finalement réfléchir aux situations. Il y a des éléments qui sont et euh... je pense que c'est ça qui fait un petit peu barrage en fonction de l'équipe il y a l'ancienne génération puis la nouvelle génération.

Il y a toujours qui sont plus réfractaire chez les nouveaux, chez les anciens mais d'une voix générale il y a ce côté un petit peu conflictuel sur le changement parce qu'il a pas la même vision des choses,

Les anciennes qui ne font pas de cette façon-là et qui du coup on l'expérience ça leur rappelle des situations déjà vécues qu'ils ont déjà vécu et les nouvelles qui arrive sur les terrains et qui ne sont pas forcément assez armé au niveau des bagages professionnels euh... et du coup il faut accepter de continuer à évoluer dans sa fonction professionnelle et à continuer à se former même si on est diplômé et je crois que c'est ça le frein actuel

Et avec les praticiens ?

Alors là c'est pareil, le problème ça vient aussi de notre système actuel, on est face à une pénurie de médecin qui fait que on va accéder plus facilement à une certaine demande pour qu'il reste sur nos sites donc on se retrouve à euh... être confronté à des situations où on prend des décisions qui sont parfois pas forcément en adéquation avec ce qu'il faudrait faire mais pour qu'on puisse continuer à travailler pour une permanence des soins

Donc on est obligé d'accéder à leurs demandes, et du coup il y a ce côté d'en jouer un petit peu, en demandant des choses qui sont parfois un petit peu plus euh... que ça devrait être.

C'est ça un petit peu le conflit ils savent que sans eux on peut rien faire donc c'est un peu difficile de les faire rentrer dans la dimension du changement mais ce qui est assez surprenant

C'est quand même euh... moi, j'observe que les anciens ne réagissent pas de la même façon que les nouveaux. Ce que je constate c'est que euh... c'est les praticiens qui sont sur un seul site, qui sont les plus difficiles à gérer, gérer je m'entends, ce que je veux dire c'est de les faire adhérer au changement.

Parce que du coup, ils ont toujours vécu dans ces structures donc ils ne voient pas d'autres structures et comment les autres structures ont évoluées.

Ici on a des chirurgiens qui viennent de la région parisienne et ceux qui sont sur site donc on a les deux configurations les anciens qui ont toujours vécu comme ça et qui trouvent qu'ils fonctionnent bien et, on a les nouveaux qui adhèrent au changement pcq ils ont la vision aussi de comment ça se passe ailleurs. Mais par contre, ils habitent loin donc la permanence des soins, je crois que ces difficultés à l'heure actuelle sont dues à la pénurie du personnel médical principalement.

Comment situez-vous le cadre de santé ?

On est voilà... (rires) au milieu de tout ça, il faut avoir véritablement, le côté vision finalement euh... « quelle est ma mission ? qu'est-ce que j'ai à faire au milieu de tout ça ? et qu'est-ce que moi j'en retrouve pour ma fonction à l'heure actuelle ? »

Prendre du recul dans la fonction lorsqu'on a le nez dans le guidon. C'est pas très simple mais il faut avoir des objectifs et se retrouver dans l'organisation et y adhérer, parce que si on n'y adhère pas on n'y arrivera pas pour amener les équipes vers le changement. Parce que si on est pas convaincu de ce que l'on propose du « c'est ce qu'il faut faire » on n'y arrive pas. Il faut être assez juste pour faire le tour de la question ne pas avoir que son idée fixe de la situation. Voilà pourquoi l'idée du réseau est importante

Parce qu'il faut savoir se situer, euh... on amène une équipe mais on ne l'emmène pas n'importe où il faut qu'on sache si ce qu'on fait est en accord avec le contexte réglementaire, avec le contexte régional géographique

Tout ça c'est hyper important et complexe, parce qu'on est quand même hyper isolé dans nos structures, à des endroits plus que d'autres, mais ici nous dans le privé moi en tant que cadre de bloc dans la clinique

Je me sens hyper isolé parce que la spécificité de l'encadrement du bloc fait que je voilà je vais échanger avec mes autres collègues cadres mais on a pas du tout la même vision et sur les avancées réglementaires et la partie contexte du bloc opératoire c'est moi ou moi en fait à cause de la spécificité du bloc.

Et parfois ça peut faire peur lorsqu'il y a dans des conflits il faut renouer le dialogue parfois c'est difficile lorsque les personnes ne veulent pas renouer au bloc opératoire il y a beaucoup de catégories socio-professionnelles qui fait qu'on a une vision différente ce qui peut amener ce genre de conflits.

Quelles évolutions avez-vous vu du métier de CDS ?

Quand moi, j'ai commencé le cadre euh... déjà, on l'appelait pas le cadre mais **surveillante**. Et surveillant ça voulait tout dire c'était celui qui **surveillait**, c'était **la maman des docteurs** qui **faisait la petite visite** avec le chirurgien ou le médecin tous les matins à 9h et qui **mâchait un petit** peu ce que le praticien devait faire mais maintenant avec le **contexte réglementaire** les praticiens sont obligés de faire les choses...

Parce qu'avant il y avait **beaucoup d'oral** alors que maintenant, il y a le **dossier informatisé**, ils sont obligés de rentrer leur médicament, leur posologie, leur voie d'administration

Ils ont été obligés d'être un peu **plus rigoureux** par rapport à avant. Ils donnaient **leurs ordres par oral**, il y avait l'interne la secrétaire qui faisaient les ordonnances et puis basta... maintenant ils sont **obligés de se mettre dans l'organisation**.

Annexe 11 : Entretien n°8

ENTRETIEN 8
Retranscrit
Durée approximative de 35min

Présentation

Fonction de Direction depuis 10 ans

Parcours universitaire :

Département IUP management des entreprises de la santé dans le Limousin. Lors de 5^{ème} année d'études, une opportunité s'est présentée comme adjointe de direction dans un centre de dialyse.

Opportunité dans les Vosges pendant laquelle j'ai effectué des études complémentaires dans le droit médical et les techniques à l'université d'Annecy.

Avec un parcours supplémentaire par la formation dans la gestion des risques et la qualité.

Restée 5 ans ½ dans le même établissement.

En 2011, poste de directrice opérationnelle de 3 cliniques à Montbéliard. J'avais pour mission principale la gestion des dossiers (demande d'autorisation...).

Or je souhaitais être plus proche des équipes, donc je suis arrivée à la Clinique X le 30 septembre 2016 pour prendre le poste de Directrice.

Question : Que savez-vous du système de santé ?

Le système de santé est en pleine mouvance, et il s'agit là d'un vaste sujet. L'évolution première qui va arriver en 2025, sera l'arrivée de la **Génération Y** sur le marché du travail. Ils possèdent une nouvelle vision du travail. Ils veulent s'épanouir personnellement et pas seulement professionnellement. Ils ont une vision exigée du confort.

De plus, la 2^{ème} évolution c'est la démographie médicale. Le numérus Clausus n'a pas cessé d'augmenter les places, or on en revient à la génération Y, dont sort les nouveaux médecins. Ils ne souhaitent pas faire des heures et des heures au travail. Cette génération pense de plus en plus à soi, donc il faut aujourd'hui 2 médecins pour avoir un ancien médecin.

3^{ème} évolution, la réduction des inégalités territoriales. Il faut composer avec le choix de la génération Y. Ils ont tendance à s'installer dans les grandes villes où ils ont tout à proximité. Le contexte de vie est important. Il faut donc construire autour de cette demande. Avant les médecins étaient **vu comme des Dieux**, eux, seuls, avaient la bonne parole, cela se constatait lors des plaintes. Le patient se devait de prouver que le médecin avait commis une faute. Aujourd'hui il en est tout autre, **c'est au médecin de prouver qu'il a mis tout en œuvre pour répondre au besoin du patient**.

Faisant **partie du CLS** (Contrat Local de Santé), pour répondre à cette problématique territoriale : on se doit de passer par un **système coercitif**.

4^{ème} point, la prise en charge des maladies chroniques. On se doit de les anticiper, et donc de **promouvoir la santé** avec les troubles cardio vasculaire, l'obésité, les addictions, et la psychiatrie.

Aujourd'hui, il y a une évolution des soins de support, on doit construire **le lien « Ville-Hôpital »**, on responsabilise le **patient** avec le développement de l'éducation thérapeutique.

Il faut donc créer les parcours de proximité, les mettre en musique, afin de les mettre en **confrontation monétaire**.

Aujourd'hui nous sommes à la tarification à l'acte et demain nous passerons à la tarification **au parcours**.

Nous prenons l'exemple de la Belgique avec la prise en charge pour la chirurgie bariatrique, eux sont à la tarification au parcours, et bien nous remarquons que cela rapport trois fois plus lorsqu'on parle de parcours que de l'acte en lui-même.

Depuis quelques années, on a voulu recadrer les rôles de chacun et c'est bien, mais aujourd'hui avec les manques de moyens, **on développe les Pratiques Avancées** et on demande bientôt **au pharmacien de prescrire faute de médecin, alors qu'on s'est battu pour la définition des rôles de chacun. On retrouve en arrière** si l'on fait ça.

Le parcours des études médicales n'est pas long, donc on ne peut pas raccourcir.

Que pensez-vous des **Pratiques Avancées** ?

Il y a des risques, il faut qu'elles soient **protocollées**, et avoir des fiches **organisationnelles**.

Quelles sont d'après vous les grandes évolutions ?

La loi du 2 mars 2002, relative aux droits des patients

La loi HPST, grande évolution, cela définit la place de l'hôpital dans le paysage national.

La T2A, 2005

PMSI

Tutelle

CACS = qualité

On est passé d'un système coercitif

Question : pensez-vous que l'hôpital est une entreprise ?

La notion d'entreprise peut paraître honteux au premier abord, car l'hôpital est au service du patient. C'est inquantifiable mais malheureusement nous sommes dans un système médico-économique.

En France, le service de santé est guidé par la valeur de solidarité. La médecine française est la plus chère au monde. Les coûts sont exorbitants et on peut dire qu'il y a eu quelques abus par le passé.

Donc oui on peut dire que l'hôpital est une entreprise, il n'y a pas de débat à avoir, il faut dédramatiser cette vision, il faut prendre en compte le côté positif.

L'hôpital ou la clinique est une entreprise c'est par son organisation, qui met en musique les ressources, on prévoit l'avenir, on gère les compétences. Donc l'hôpital c'est industrialisé, c'est inspiré du Lean « quelque chose ». On doit s'inspirer de l'entreprise pour répondre à un contexte médico-économique prégnant.

Le risque est de déshumaniser les soins, il faut faire attention aux personnels soignants, car cela peut être frustrant.

L'hôpital aujourd'hui doit prévoir l'investissement, les ressources et la gestion des compétences, car on se forme tout au long de la vie.

La conduite de changement, on ne peut pas l'écarter, elle est nécessaire pour s'adapter au niveau sociétal. Pour cela, il faut :

- Évaluer l'environnement et les ressources : les points forts, les points faibles, les risques, repérer les personnes sensibles qui peuvent être en difficulté.
- Anticiper
- Il s'agit de reprendre les étapes d'un projet
- Communiquer
- Donner du sens
- Ensuite on évalue
- Féliciter chaque résultat et repérer les contraintes, on se pose la question du pourquoi ça n'a pas fonctionné ?

Ce n'est pas simple, théoriquement cela peut paraître facile, mais la mise en place peut s'avérer plus complexe.

Notre nouveau système de santé a induit des changements organisationnels. Par exemple avec la chirurgie ambulatoire, créant un circuit court. Aujourd'hui, on sectorise les soins et raccourcit les temps. Avec la chirurgie ambulatoire, on a modernisé le parcours.

On parle de parcours avec la certification, la culture de la traçabilité devient plus importante dans les soins car la judiciarisation des affaires et la responsabilisation des acteurs.

Construction de l'ARS a également été une grande évolution.

La loi du 4 mars 2002, Kouchner, avec les droits du patient, a permis de responsabiliser les patients.

Cela a modifié la démographie sanitaire. La Commission des Usagers fait écho à notre société, les soignants doivent se poser des questions sur leurs pratiques.

Quelles sont les valeurs des soignants ?

Avant les soignants, et surtout les médecins ne partageaient pas l'information ni le dossier médical. Aujourd'hui, cela a bien changé, ils se doivent même de faire l'annonce de l'erreur liée aux soins. Il faut donc être convaincu de son travail et traçabilité.

On ne peut pas être à l'écart sinon on perd le sens du travail.

Avec le système on a pas le temps, les valeurs se sont modifiées, on ne peut être disponible, proche, à côté mais on doit bien faire son travail, respecter les protocoles, le temps est réduit et ce temps de disponibilité n'est pas rémunéré.

On évalue les actes et non les présences.

Comment voyez-vous la place du Cadre ?

Je le vois comme un vrai manager, il doit : connaître, avoir les outils de gestion, posséder un management moderne avec la génération Y : le mode strict est démodé, et n'a plus sa place. Il faut être exemplaire.

Il faut démontrer qui on est, on ne donne pas d'ordres, on doit rendre autonome. Si on n'est pas d'accord on risque de s'épuiser ou voir exploser.

Le CDS doit créer la motivation, il ne faut pas être dans une performance.

Sur le terrain, il faut rester objectif, en donnant la ligne conductrice, c'est le projet établissement.

On ne peut pas s'appuyer sur les 5 C d'hier : « C'est con mais c'est comme ça », C'est moi le Chef.

En tant que manager, on justifie, explique, partage, communique, associe et on donne le droit à l'autre d'exister.

Le manager doit faire preuve d'humilité, être rigoureux, le manager est un vrai moteur. Il prend une décision avec les éléments qu'il a à un instant T, mais il n'est pas parfait, pas d'idéalisation. Il reste humain. Donc il est imparfait, pas infallible, et il doit savoir le reconnaître et le dire.

Quelle différence voyez-vous avec le CDS et la surveillante ?

Le CDS c'est un manager avec ces principes, c'est ce que ça devrait être. La surveillante et la CDS sont bien différentes.

La responsabilité est différente, et le positionnement se voit dans l'appellation dès le premier abord.

Les objectifs et les missions ont évolué : avant la surveillante contrôlait, aujourd'hui le management doit s'adapter à l'environnement.

Le CDS est attaché à l'équipe de direction, définit les objectifs directionnels, facilitateur, compose avec tous les éléments, met en place les projets de la direction en place, facilite la prise en charge du patient, règle les problématiques. Il est médiateur, traducteur.

Être CDS c'est un ensemble de compétences, il doit être formé et avoir certaines prédispositions et le vouloir.

Le CDS porte les projets, il est l'interface entre la direction, les soignants et le patient et garant de l'harmonie.

Annexe 12 : Entretien n°9

ENTRETIEN 9

9'59

Présentation :

44 ans Cadre depuis 2013, mon parcours ça été AS en 1998, en 2003 IFSI, 2013 école de Cadre, parcours en tant que CDS dans au Centre Hospitalier donc courses plutôt oncologie et médecine et ensuite en 2015 arrivée à l'EHPAD de Bray sur seine

Que savez-vous du système de santé et de ses évolutions ?

il est en pleine **évolution** pour moi je trouve que **l'ambulatoire** est quelque chose de révolutionnaire et très positif ce qui permet voilà de découvrir aussi de nouvelle **chirurgie** pour moi **le temps d'hospitalisation** réduit je trouve ça c'est très bien ce qui permet de limiter au niveau cout mais également avec tous les risques et les conséquences de ce qui est **maladies nosocomiales** et par rapport aux différentes approches chirurgicales ça permet d'être rétabli beaucoup plus vite donc très intéressant

Pour vous depuis combien de temps ses évolutions datent-elles ?

Pour moi, aller des **années 2000** ont été déjà parties sur ses approches mais elles étaient plus en tâtonnement qu'en voilà en vrai positionnement et puis après par rapport aux différents regroupements **les GHT** et autres et bien voilà c'est devenu beaucoup plus **progressif**, moi je suis pour de fermer certains petits hôpitaux pour avoir des plus gros et beaucoup plus **performant** que des hôpitaux de proximité avec des **compétences** qui en sont pas très pratiquée ça met plus en danger je pense qu'il faut quand même des hôpitaux de **région**, pour voilà les premiers actes d'urgences

Pensez-vous que l'hôpital est une entreprise ?

Pour moi **oui**

Pourquoi ?

Euh puisqu'on est quand même au **niveau budgétaire** contraint par rapport au **niveau financement**, on a les différentes **instances** qui nous finance, aujourd'hui c'est **une entreprise**, ce n'est pas **plus dérangeant** que ça après je pense qu'il y a des choses à revoir sur la manière de budgéter ces hôpitaux

Que pensez-vous de l'évolution des valeurs soignantes ?

Les valeurs soignantes ont énormément **changé** mais ça, je ne pense pas que cela soit par **rapport à la formation** mais c'est parce qu'aujourd'hui il y a d'autres aspects **qui sont rentrés dans les mentalités**, c'est-à-dire aujourd'hui **la mentalité des gens a changée**, elle a évolué donc on a un **autre regard sur la prise en soin** et donc du coup on essaye de réfléchir différemment de la manière dont **on va prendre en soin les patients**.

Donc **les valeurs humaines** je pense que pour certains soignants sont toujours présentes. Et on peut effectuer ce métier si on n'a pas certaines valeurs humaines après aujourd'hui je pense qu'il y a **un conflit de générations** par rapport au gens encore qui sont dans ses services puisqu'on a les **« anciennes »** (entre guillemets) avec...on fonctionnait d'une certaine manière on avait un certain regard sur **la prise en soin**, et par rapport aujourd'hui on est sur une nouvelle génération qui est plus sur une **analyse réflexive** et de la prise en soins et donc sur d'autre parfois **c'est conflictuel**

Comment définissez et vivez le changement ?

Au niveau des **diplômes ça évolué**, aujourd'hui on est quand même on a **élevé les diplômes**, n'est quand même sur des grandes licences au niveau infirmier et au niveau des CDS on est sur des masters et on peut aller jusqu'au doctorat et Aujourd'hui les IDE également ont la possibilité d'avoir une autre ouverture rien qu'au niveau de l'éducation thérapeutique, au niveau de la prise en charge des patients de leur diplôme peut énormément évoluée il y a un panel très riche dans nos formations qui est ouverte beaucoup plus aux gens c'est ce qui permet que notre approche soit différente, à mon sens

Conduite du changement ?

La grande question, alors je dirais que par rapport j'ai deux pensées en venant du milieu hospitalier et là plus du médico-social.

C'est **plus facile** je dirais dans tout ce qui dans **les hôpitaux** puisque nous avons **une autre population qui fréquente ses lieux**, et je pense **plus ouverte** et plus dans **une autre dynamique**, donc c'est **plus facile** de les faire **adhérer** à ce changement **puisque'elle ressent de toute façon** et elles ont cette **répercussion de plein fouet** par rapport à aux **différentes organisations** qui se mettent en place

Et elles sont plus à l'écoute puisqu'elles sont toujours entourées de différents acteurs dans les services ce qui permet vraiment de les faire adhérer différemment. Dans tout ce qui est EHPAD le souci c'est qu'aujourd'hui on est déjà en retard sur les nouvelles pratiques et donc du coup déjà on est en train de courir difficilement à rattraper notre retard pour arriver à une prise en charge actuelle de notre 21^{ème} siècle en plus et c'est pas du tout les mêmes populations c'est des gens qui sont vraiment du terroir, qui sont vraiment bien insérés au niveau du secteur qui ont du mal à ouvrir leur esprit après ça dépend de la dynamique que la direction veut influencer à ces équipes pour pouvoir changer aussi. Mais avec le dialogue la communication on peut faire arriver à faire changer les mentalités.

Comment voyez-vous la place du CDS ?

Elle est en pleine mouvance, la place du CDS, il est vrai que par rapport à nos valeurs moi ce que j'avais en cœur de soignant pour moi le cadre c'était un cadre de proximité qui pouvait apporter des réponses par rapport à sa connaissance, mais aujourd'hui on demande aussi justement par rapport à notre cursus scolaire de rester un cadre très managérial, dans le sens où créer des projets, des écritures, du coup les deux combiner c'est pas toujours évidemment de tout mener de front mais je pense il est essentiel de se nourrir quand même du terrain pour pouvoir rédiger, accompagner, fédérer ses équipes autour de différents projets.

Effectivement le cadre a tout à fait sa place en étant l'acteur, moi je pense que c'est un pilier principal dans autant pour les hôpitaux que les EHPAD, on est très important justement on est entre les deux, notre direction, hiérarchie très proche, puisqu'à l'hôpital on travaille aussi bien avec nos cadres de pôle et la direction et en EHPAD on travaille en lien direct avec le directeur donc on est quelqu'un de très important et vraiment on est placé au niveau central pour moi l'avantage on est le fils conducteur dans mes deux sens et qu'il faut continuer à vraiment se nourrir de toutes les connaissances qu'on peut avoir pour vraiment arriver à porter tout le monde et de vraiment avoir cette connexion et cette interactivité entre le personnel et la direction et vice versa, on est un maillon central au niveau de la santé.

Diplôme de Cadre de Santé DCS@17-18

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Mémoire

LE CADRE DE SANTE AU CŒUR D'UN SYSTEME

DA COSTA Emilie

MOTS CLÉS

Économies, évolution, rentabilité, jeu de pouvoir, conduite du changement, valeurs soignantes, équipe, cadre de santé, pratiques managériales

KEY WORDS

Economies, evolution, profitability, power game, change management, caring values, team, the health manager, managerial practices

RÉSUMÉ

En France, le contexte socio-économique, des établissements de santé, est marqué par de multiples exigences, des évolutions médicales et sociétales. De ce fait, l'hôpital public ne déroge pas à la règle, il connaît des évolutions.

De nouvelles politiques tournées vers des notions d'efficacité et de rentabilité ont bouleversés les organisations. Ces changements de fonctionnement n'ont pas touché exclusivement la dimension économique de l'institution. La politique institutionnelle, les pratiques managériales se sont jointes à cette volonté d'optimisation des ressources et des moyens.

Les professionnels de santé tentent de s'adapter à ses différents changements tout en respectant les valeurs professionnelles.

Comment le Cadre de Santé peut-il adapter son management pour répondre aux demandes institutionnelles et aux valeurs soignantes ?

L'objectif de mon enquête et de pouvoir déterminer la place du CDS dans notre système de santé en recherchant à savoir quelles représentations chaque corps de m'institution en a. Au travers d'entretiens semi-directifs auprès de différents professionnels de terrain : Directeurs, médecins, cadres de santé et des soignants.

ABSTRACT

In France, the different health services have to meet with numerous requirements due to the socioeconomic context and medical evolution. Therefore, the hospitals can't depart from this evolution. New policies with efficiency and profitability as their aim have completely changed the medical system. These changes of function have not exclusively modified the economical aspect of the services. Managerial practices and the institutional policy have led to the aim of optimizing resources and means.

The national health staff try to adapt to these different changes while respecting their professional values.

The problem is: how can health executives adapt their managerial practices to meet the institutional requirements and their health values?

The purpose of my survey is to determine the place of the health executive in our health system, trying to find out what the functions of each representative service are.

To this end, I have interviewed health professionals on the ground: directors, doctors, health executives and carers.